

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE

ROBERTA PORTO SILVA

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA E DA
CLÍNICA DA ATIVIDADE PARA O DESVELAMENTO DOS FATORES
QUE DIFICULTAM E/OU IMPEDEM A ATIVIDADE DE TRABALHO
DOS ENFERMEIROS DAS ESF DE DIAMANTINA/MG**

Diamantina

2015

ROBERTA PORTO SILVA

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA E DA
CLÍNICA DA ATIVIDADE PARA O DESVELAMENTO DOS FATORES
QUE DIFICULTAM E/OU IMPEDEM A ATIVIDADE DE TRABALHO
DOS ENFERMEIROS DAS ESF DE DIAMANTINA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade & Ambiente, da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), nível de Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Agnes Maria Gomes Murta – UFVJM

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Nadja Maria Gomes Murta – UFVJM

Diamantina

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

2015

Ficha catalográfica - Sistema de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Rodrigo Martins Cruz / CRB6-2886

S586c Silva, Roberta Porto.
Contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade para o desvelamento dos fatores que dificultam e/ou impedem a atividade de trabalho dos enfermeiros das ESF de Diamantina -MG / Roberta Porto Silva. – Diamantina, 2015.
150 p. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Agnes Maria Gomes Murta.
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Nadja Maria Gomes Murta.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Sociedade e Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2015.

1. Enfermeiro - Atividade de trabalho. 2. Saúde - Atenção básica. 3. Psicologia Sócio-Histórica. 4. Sentidos e Significados. 5. Clínica da Atividade. I. Agnes Maria Gomes Murta. II. Nadja Maria Gomes Murta. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente. IV. Título.

CDD 610.73

Elaborada com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade para o desvelamento dos fatores que dificultam/impedem a atividade de trabalho dos enfermeiros das ESF de Diamantina/MG

ROBERTA PORTO SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Mestrado Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente da Faculdade de Ciências Básicas e as Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 30/03/2015

Prof^ª. Dr^ª. Agnes Maria Gomes Murta (Orientadora)
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof^ª. Dr^ª. Nadja Maria Gomes Murta (Co-orientadora)
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof^ª. Dr^ª. Virgínia Campos Machado
Universidade Federal da Bahia

Prof^ª. Dr^ª. Rosamary Aparecida Garcia Stuchi
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Diamantina

2015

Dedico esse trabalho aos meus pais, pelo apoio e incentivos incondicionais durante toda a minha trajetória acadêmica e profissional, mas principalmente nos últimos dias dessa jornada. E que me fizeram entender o real significado da palavra Perseverança: Permanecer em seu caminho apesar dos obstáculos. Confiar no caminhar apesar das adversidades. É a coragem de acreditar. Em quem se é. No que se quer. É a coragem de ser fiel. Ao que se acredita. Ao seu próprio coração. É seguir com a firmeza da verdade. E com a força da fé

AGRADECIMENTOS

Ao Divino Pai Eterno por sempre acolher minhas preces e acalantar meu coração nos momentos mais difíceis.

À minha família: Pai, Mãe e Cô sem vocês nada disso faria sentido, me faltam palavras para agradecer tanto apoio e carinho, vocês são meu alicerce...

Ao Filipe, que tornou boa parte dessa caminhada mais prazerosa, pelas palavras de conforto nos momentos difíceis, pelo amor dedicado sempre, por confiar mais em mim do que eu mesma... Amo você!

Aos Porto/Passos, aos Silva e aos Pascoal e todos os amigos pelo incentivo nessa caminhada.

Aos amigos que com os quais o SaSA me presenteou, em especial, à Natália (à Casinha e ao Matheus), parceira de todas as horas, cúmplice em todos os momentos – das angústias às alegrias, tenho certeza que foi mais um anjo que Deus colocou na minha vida.

À minha orientadora, Agnes, pela paciência, dedicação, apoio, puxões de orelha... são tantas as “significações” sobre esse relacionamento que as lágrimas teimam em escapar. Muito obrigada por não ter desistido de mim...

À minha coorientadora Nadja pelas contribuições nesse trabalho e pela paciência durante a construção do mesmo.

À Virgínia pela disponibilidade e pela enorme contribuição para a minha compreensão do referencial teórico.

À Prof. Rose pelas contribuições dadas ao trabalho, pela disponibilidade, pela delicadeza e preocupação demonstradas.

Aos enfermeiros da Atenção Básica do município de Diamantina, parceiros de trabalho e sujeitos desse estudo, em especial, Enf.1 e Enf.2, por aceitarem contribuir com minha formação ao participarem da pesquisa.

À FAPEMIG e à UFVJM, pelo apoio financeiro.

RESUMO

A Atenção Primária/Básica é a principal estratégia do governo federal para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde são a porta de entrada no sistema. Em muitos municípios as UBSs onde estão alocadas as equipes, não oferecem condições de trabalho adequadas para o funcionamento das estratégias. Esse fato afeta a qualidade do serviço prestado e a satisfação do profissional. Como eixos norteadores desta pesquisa foram utilizados a Psicologia Sócio-Histórica e a Clínica da Atividade. O objetivo geral do estudo foi levantar, analisar e desvelar os fatores que dificultavam e/ou impediam a realização da atividade de trabalho dos enfermeiros das ESFs do município de Diamantina/MG, e quais os sentidos e significados eles atribuíam a sua atividade de trabalho. Os objetivos específicos foram: 1) observar e descrever a estrutura física e material das UBSs, onde estavam alocadas duas ESFs e verificar se satisfaziam as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde; 2) observar, analisar e desvelar os fatores que dificultavam e/ou impediam a realização da atividade de trabalho dos enfermeiros; 3) observar, analisar e desvelar quais as estratégias utilizadas para a superação dos fatores dificultadores e/ou impeditivos presentes na atividade de trabalho e, se dentre eles havia a produção de catacreses; 4) levantar, analisar e desvelar quais os sentidos e significados que os enfermeiros das ESFs atribuíam à suas atividades de trabalho. As etapas de realização do estudo com as técnicas de investigação foram as seguintes: 1) aplicação de questionário para 10 enfermeiros (sujeitos do estudo) que atuavam nas equipes; tabulação das informações e seleção de dois enfermeiros para as demais etapas; 2) entrevista com os enfermeiros selecionados; 3) observação *in loco* da estrutura física e material das UBSs onde estavam alocadas as estratégias onde os enfermeiros selecionados trabalhavam; 4) observação da atividade de trabalho de dois enfermeiros nas ações de saúde da mulher. Como materiais para obtenção das informações utilizou-se gravador de áudio, papel e caneta, diário de campo. Como estratégias analíticas foram utilizadas: Epiinfo 6.04d, análises descritivas comparativas e análise dos núcleos de significação. A análise dos questionários desvelou que a maioria dos enfermeiros consideravam que as unidades onde atuavam não estavam adequadas quanto à estrutura física, material permanente e insumos e muitos afirmaram utilizar estratégias para realizar sua atividade de trabalho. A observação *in loco* permitiu comprovar que as duas unidades avaliadas, se encontravam instaladas em imóveis adaptados não estando em conformidade com as normas do Ministério da Saúde. Frente aos impedimentos encontrados para a realização das atividades os enfermeiros lançavam mão de estratégias diversas e produção de catacreses. Com a análise das entrevistas foi possível desvelar significações atribuídas pelos profissionais tais como: animação, empolgação, vontade, frustração, desmotivação, desvalorização, desamparo, solidão, angústia e tristeza. Diante dos achados desse estudo é necessário que os gestores do sistema local tomem conhecimento dos impedimentos existentes para a realização da atividade de trabalho, assim como das significações (sentidos e significados) atribuídos pelos enfermeiros a fim de que possam buscar maneiras de melhorar as condições de trabalho dos mesmos, e dessa forma, possibilitar modificações nas significações atribuídas pelos enfermeiros a sua atividade de trabalho.

Palavras-chave: Atividade de trabalho do enfermeiro; Atenção Básica à Saúde; Psicologia Sócio-Histórica; Sentidos e Significados; Clínica da Atividade.

ABSTRACT

The Primary Health Care is the main strategy of the federal government to strengthen the Unified Health System. The Family Health Strategy (FHS) and the Community Health Agents Program are the gateway in the system. In many municipalities the BHUs where teams are allocated, do not offer adequate working conditions, compromising the quality of service and the personal satisfaction of the workers. This research was guided by Social-historic Psychology and Clinic of Activity. The aim of this study was to identify, analyze and unveil the factors that hindered or prevented the activity of nurses working in the FHS at Diamantina/MG, and also to evaluate the meanings that the nurses attributed to their own activity. Specifically, we intended to: 1) observe and describe the physical structure and materials of the BHUs in which were allocated two FHS teams, and verify if the Ministry of Health recommended standards have been there fulfilled; 2) observe, analyze and unveil the factors that hindered or prevented the nurses activities; 3) observe, analyze and reveal the strategies used to overcome these factors, attending to the occurrence of catachresis; 4) raise, analyze and reveal the meanings that the participating nurses attributed to their own activities. The methodological steps of the work was: 1) a questionnaire to 10 nurses who worked in FHS teams; tabulation of the obtained information and selection of two nurses to the other stages; 2) interview with the two selected nurses; 3) in loco observation of the physical structure and materials of the involved BHUs; 4) observation of two nurses working in health care of women. The informations was recorded in audio and written in a field diary. The analysis was performed by using Epiinfo 6.04d®, comparative descriptive analysis and analysis of meaning cores. The questionnaires unveiled that most nurses considered their working places not appropriate regarding the physical structure, permanent material and supplies, and many admitted to use strategies to overcome the problems. In loco observation revealed that the two units assessed are installed in adapted facilities, in disagreement with the Ministry of Health standards. Among the strategies used by the nurses to overcome the problems, was observed several examples of catachresis. By analyzing the interviews, it was possible to assess many meanings assigned by the nurses concerning their own activity, such as: animation, excitement, desire, frustration, lack of motivation, devaluation, helplessness, loneliness, anguish and sadness. Our results suggest that it is necessary to made aware the local system managers about the problems in the working conditions, as well as the meanings assigned by the nurses. The knowledge of these factors could enable them to seek ways to improve the working conditions, driving changes in the meaning attributed by nurses to their own activity.

Keywords: Nurse work activity; Primary Health Care; Social-historic Psychology; Senses and meanings; Clinic of Activity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISAJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAFEOD	Faculdade de Odontologia de Diamantina
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OBS	Observação
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico de Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFVJM	Universidade federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO	11
1.1- O surgimento do tema da pesquisa	11
2- INTRODUÇÃO	13
2.1- A Estratégia de Saúde da Família	13
2.2- Princípios Gerais da Atenção Básica à Saúde (ABS)	14
2.3- As especificidades da Estratégia de Saúde da Família	15
2.4- Recursos e infraestrutura necessários para ESF	16
2.5- As atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.....	17
2.6- Atribuições do Enfermeiro e Processo de Trabalho	18
3- A PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA: A CONCEPÇÃO DO HOMEM E ALGUMAS DAS SUAS CATEGORIAS	20
3.1- Psicologia Sócio-Histórica e a Concepção de homem	20
3.2- Atividade	22
3.3- Significados e Sentidos	23
4- CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA DA ATIVIDADE E ALGUMAS CATEGORIAS	26
4.1- Clínica da Atividade	26
4.2- Atividade	27
4.3- Catacrese	29

5- OBJETIVOS	31
5.1- Geral	31
5.2- Específicos	31
6- PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS	32
7- ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	37
7.1- Análise da estrutura física e material das Unidades Básicas de Saúde segundo os enfermeiros	37
7.2- Análise da estrutura física e material das UBSs <i>in loco</i>	41
7.3- Análise das observações	51
7.4- Análise das Entrevistas	55
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

APÊNDICES

APÊNDICE A – Parecer Consubstanciado do CEP	89
APÊNDICE B – Questionário	94
APÊNDICE C – TCLE Enfermeiros	98
APÊNDICE D – Entrevista Enf.1.....	101
APÊNDICE E – Entrevista Enf2	113

APÊNDICE F – <i>Check List</i>	122
APÊNDICE G - TCLE Usuárias	126
APÊNDICE H – Observações	128
APÊNDICE I – Pré-indicadores Enf.1	136
APÊNDICE J – Pré-indicadores Enf.2	139
APÊNDICE L – Indicadores Enf.1	142
APÊNDICE M – Indicadores Enf.2	147

1- APRESENTAÇÃO

1.1 – O surgimento do tema da pesquisa

A ideia de trabalhar com enfermeiros da Saúde Pública no município de Diamantina, especificamente com aqueles que atuavam na Atenção Primária nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESFs) – hoje tida como linha de frente nas ações em saúde – por meio do prisma da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade surgiu das discussões com a orientadora, a respeito da minha atividade de trabalho como enfermeira responsável técnica de equipe de saúde da família e as contribuições que esse referencial teórico poderia trazer para o serviço de saúde.

Alguns autores (DESLANDES, 2004; NAUDERER E LIMA, 2008; MEDEIROS et al, 2010) afirmam que as condições de trabalho adequadas, com estrutura física apropriada e instrumentos de qualidade, influenciam na qualidade do serviço prestado e em minha experiência profissional percebia que muitas vezes, nós profissionais, éramos obrigados a trabalhar em unidades de saúde adaptadas de casas residenciais, que não forneciam estrutura física adequada para um atendimento de qualidade e condições ideais de trabalho. Era comum também encontrar unidades inadequadamente mobiliadas e, muitas vezes, a quantidade de material de consumo era insuficiente ou às vezes faltosa em algumas épocas. Essas condições nos obrigavam a trabalhar com o que era oferecido e nos forçavam a lançar mãos de estratégias, para alcançar os objetivos do serviço e as metas propostas.

Estudos como os de Pedrosa, Corrêa e Mandu (2011) e Passos (2011) demonstram de maneira geral se determinada ação preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) é ou não realizada pelo profissional, mas dificilmente conseguimos compreender através desses, os porquês da não realização dessas ações. Ressalta-se também que não se encontram estudos que discutem e desvelem as significações (sentidos e significados) que estes trabalhadores atribuem as adversidades/impedimentos encontrados e a sua atividade de trabalho.

Desta forma, o objetivo da pesquisa foi: levantar, analisar e desvelar os fatores que dificultavam e/ou impediam a realização da atividade de trabalho dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os sentidos e significados que esses atribuíam à sua atividade de trabalho.

Creio que produzir conhecimentos sobre essas significações contribuirá para as reflexões críticas acerca da atividade de trabalho do enfermeiro nas ESFs. Há de se considerar também que realizar uma devolutiva para o serviço de saúde, neste caso especificamente para

o município de Diamantina, poderá também contribuir para a transformação e melhoria das condições de trabalho e dos serviços prestados à população pelas ESFs.

Assim, com o intuito de realizar a pesquisa foram convidados os enfermeiros responsáveis técnicos das ESFs, foram aplicados questionários, realizadas as entrevistas e também observações *in loco*. Como estratégias analíticas foram realizadas análises descritivas comparativas e análise de núcleos de significações.

A escrita da dissertação está organizada da seguinte maneira:

Na introdução discorri de forma geral sobre a Estratégia de Saúde da Família, sobre os princípios gerais da Atenção Básica à Saúde, sobre as especificidades da estratégia de saúde da família, sobre os recursos e infraestrutura necessários para as ESFs, sobre as atribuições dos profissionais das equipes, sobre as atribuições do enfermeiro e processo de trabalho.

Em seguida discorri sobre a Psicologia Sócio-Histórica e algumas das suas categorias, tais como: Atividade, Sentidos e Significados.

No quarto capítulo apresentei a Clínica da Atividade e discorri sobre as categorias Atividade e Catacrese.

No capítulo seguinte foram apresentados os objetivos gerais e específicos da pesquisa.

Temos depois o sexto capítulo, onde os pressupostos e procedimentos teórico-metodológicos foram apresentados e discutidos.

No sétimo capítulo temos as análises de todas as informações produzidas durante o desenvolvimento dessa pesquisa. Ressalta-se aqui que três técnicas de obtenção de informações foram utilizadas resultando grande volume de informações. Para cada técnica foi utilizada estratégias analíticas distintas, e embora as análises sejam apresentadas separadamente ressalto que a todo momento busquei articulá-las a fim de compreender o fenômeno estudado a partir dos vários aspectos que o constituíam e no próprio movimento dessa constituição.

No oitavo capítulo foram apresentadas as considerações finais onde busquei construir um texto sintético sobre os aspectos desvelados acerca da atividade de trabalho dos enfermeiros nas ESFs, articulando-os às reflexões críticas por mim produzidas.

Finalmente apresento as referências bibliográficas utilizadas e logo após os Apêndices produzidos.

2 – INTRODUÇÃO

2.1 – A Estratégia de Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. (BRASIL, 2011). No que se refere ao modelo assistencial a ESF, anteriormente denominada Programa de Saúde da Família (PSF), é tida como elemento fundamental para o funcionamento do SUS, pois é por meio dessa que se dá o contato preferencial dos usuários com o sistema. (FARIA et al, 2010).

Os fundamentos desse modelo estão na experiência exitosa que aconteceu no Ceará, no final dos anos 80 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi idealizado para ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. A implementação do programa deu-se, inicialmente, em municípios com grande extensão rural e com recursos escassos para as ações de saúde, tendo como foco a atenção primária/básica à saúde¹.

Em 1991 o Ministério da Saúde decide ampliar o PACS, como medida de enfrentamento dos altos índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país e trazendo um enfoque dado à família e não ao indivíduo (perde-se o enfoque individualista e o sujeito é considerado no ambiente social em que está inserido), à prevenção e não à doença (rompendo com o modelo de atenção à saúde até então existente, que era centrado na doença e no atendimento médico hospitalar) e à promoção de saúde, possibilitando o resgate do vínculo de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, os profissionais e a população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Em função dos bons resultados obtidos com o PACS no nordeste, em 1994 foi criado o PSF que foi implantado em todo o país. Com o mesmo modelo de atenção passa a instituir uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa equipe é a responsável pela implantação e implementação de um novo modelo de atenção à saúde no

¹ É importante nesse momento, antes de dar prosseguimento à discussão sobre a implantação do PACS no país, realizar um esclarecimento sobre os termos Atenção Primária (AP) e Atenção Básica à Saúde (ABS). No âmbito internacional o termo mais utilizado é AP, já no Brasil, os documentos oficiais tendem a fazer referência ao termo ABS, mesmo que em alguns sejam encontrados AP. Mello, Fontanella e Dermazo (2009) demonstraram, através de revisão de literatura, que no Brasil os termos AP e ABS são muitas vezes utilizados como sinônimos, apesar de possuírem diferenças ideológicas. No presente estudo o termo utilizado será atenção básica, por ser o primeiro encontrado em documentos oficiais.

país, pois priorizava a organização da demanda a partir de ações de promoção, visão ampliada de saúde e integração efetiva com a comunidade. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos, aos quais se viam submetidas as populações dos territórios sob sua responsabilidade. (FARIA et al, 2010)

O PSF tinha a finalidade de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, e apesar de ter sido rotulado como programa fugia à concepção usual dos demais programas concebidos no MS, já que não era uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Por esse motivo a partir de 1996 o Ministério alterou a denominação de Programa para a de Estratégia, por entender que a palavra estratégia englobava todas as ações de saúde contidas nos conceitos de prevenção, promoção e participação social. (BRASIL, 1997; CORBO; MOROSINI, 2005)

2.2 – Princípios Gerais da Atenção Básica à Saúde (ABS)

Em 2006 o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria 648/2006, sendo estabelecidas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica.

A PNAB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Nela é enfatizado que a ABS deve ser considerada como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo desenvolvida através de trabalho em equipe destinado a populações residentes em territórios delimitados.

A ABS caracteriza-se por ações de saúde nas esferas individuais e coletivas, que compreendem a prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Busca garantir a possibilidade dos sujeitos viverem de modo saudável e para alcançar êxito os considera na sua individualidade, complexidade e nas suas inserções na comunidade (sociocultural).

A PNAB tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, garantindo a equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático

dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006)

2.3 – As especificidades da Estratégia de Saúde da Família

Como citado anteriormente, a partir dos preceitos do SUS a Estratégia de Saúde da Família foi criada com o objetivo de reorganizar a ABS no país. Além de seguir os princípios básicos da ABS, tem suas especificidades e deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania. Cada ESF é responsável por acompanhar entre 600 e 1000 famílias, não devendo ultrapassar 4500 pessoas cadastradas. (BRASIL, 2006)

Além das especificidades citadas acima conforme a Portaria 648/2006, estão incluídas também ações para alcançar metas pactuadas entre gestores de saúde. Aqui destacarei o Pacto pela Saúde, instituído pela portaria 399/GM2006, que se refere a um conjunto de reformas institucionais do SUS que foi pactuado entre as três esferas de gestão (municípios, estados e União) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Dentro deste está presente o Pacto pela Vida, um compromisso entre gestores em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população, sendo priorizadas as ações voltadas à: Saúde do idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; dentre outros. (BRASIL, 2006a)

Neste trabalho chamo a atenção para a importância do atendimento do enfermeiro nas ações prioritárias para a saúde da mulher, como o combate da mortalidade materna e infantil e controle do câncer de colo uterino e de mama, que foram o foco das observações na atividade de trabalho do enfermeiro.

2.4 – Recursos e infraestrutura necessários para ESF

A Portaria 648/GM de 2006 que instituiu a PNAB definiu a estrutura física mínima de uma UBS, a saber: um consultório médico, um consultório odontológico e um consultório de enfermagem para os profissionais da ABS; além de área de recepção; local para arquivos e registros; sala de cuidados básicos de enfermagem; uma sala de vacina e sanitários. A sua nova versão publicada em 2012 recomenda que estejam disponibilizados os seguintes setores: consultórios médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; sala de atividades coletivas para profissionais da ABS; área de recepção; local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacina; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem dos mesmos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros. Ainda de acordo com a PNAB devem ser seguidas as orientações e especificações do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS. (BRASIL, 2012a)

O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS (BRASIL, 2008²) tem como objetivo orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção e até na escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos ambulatoriais para UBS e para trabalho das ESFs. Tem também como função assegurar que as UBSs sejam acessíveis para toda a população, incluindo portadores de necessidades especiais e idosos, para isso tem na Norma Regulamentadora (NR) 9050/2004, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) as diretrizes para a acessibilidade.

De acordo com o referido Manual a estrutura física sugerida para UBS com uma ESF, como é o caso das analisadas, é composta por: uma recepção para pacientes e acompanhantes; de uma a três salas de espera para pacientes e acompanhantes; um consultório com sanitário; um consultório; duas salas de procedimento; um almoxarifado; um consultório odontológico com área para escovário; uma área para compressor e bomba a vácuo; uma área para depósito

² A versão de 2008 do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS foi utilizada nessa pesquisa, para embasar a elaboração das questões sobre estrutura física presente no questionário aplicado e para a confecção do *check list* responsável pela verificação das unidades *in loco*, por ser a única versão disponível na ocasião da elaboração do mesmo.

de material de limpeza; dois sanitários para usuários; copa/cozinha; uma sala de utilidades; uma área para reuniões e educação em saúde; um abrigo para resíduos sólidos.

Quanto aos recursos humanos (como dito anteriormente) é necessária a existência de equipe multiprofissional, sendo responsável pela assistência de no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. A jornada de trabalho das equipes deve ser de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; e o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família. (BRASIL, 2008)

É necessário também que a UBS esteja inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e que possua equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da ABS à saúde; garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS. (BRASIL, 2008)

2.5 – As atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde

Existem atribuições gerais que podem ser complementadas com normas e diretrizes da gestão local, que são comuns a todos os profissionais que trabalham nas equipes, a saber: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; garantir o atendimento da demanda espontânea, a realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; realizar a escuta qualificada das necessidades

dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da secretaria municipal de saúde; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (BRASIL, 2006)

2.6 – Atribuições do Enfermeiro e Processo de Trabalho

O enfermeiro nas ESF e Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) possui função administrativa e assistencial. Além das suas atribuições específicas como consultas e procedimentos de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição de medicação deve ainda realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. É responsável por: coordenar, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções; facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada; organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD) e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF. (BRASIL, 2006)

Segundo Villas Bôas, Araújo e Timóteo (2008), nas unidades de saúde da família, esses profissionais desenvolvem diariamente inúmeras atividades na assistência, na gerência e na educação/formação, o que ocasiona um aumento das suas responsabilidades, que associado às dificuldades existentes e ao interesse em proporcionar o bom andamento do serviço, sobrecarrega o seu cotidiano, tornando o processo de trabalho estressante. É importante considerar que em geral, nos processos de trabalho, aquele que atua é também modificado pela sua atividade produtiva e pelo resultado da sua produção, sendo esse fato ainda mais comum, quando o objetivo da prestação de serviço é alguma modificação sobre o usuário ou cliente, baseado nas relações interpessoais entre prestador de serviço e o usuário. (FARIA et al, 2009)

Então, é importante ressaltar que as atribuições do enfermeiro aqui descritas são classificadas por Clot (2007), como atividade prescrita que pode ser diferente da atividade realizada. Para a atividade ser realizada depende das condições reais de trabalho e da atividade de trabalho em si, ou seja, a maneira como os resultados serão obtidos e os meios utilizados.

3 – A PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA: A CONCEPÇÃO DO HOMEM E ALGUMAS DAS SUAS CATEGORIAS

3.1 – Psicologia Sócio-Histórica e a Concepção de homem

Para definir a Psicologia Sócio-Histórica optei pelo que dizem Santos e Leão (2012) que essa “é uma teoria psicológica que parte do entendimento dos homens como seres ativos, que ao atuarem sobre o mundo constituem sua subjetividade”. Segundo as autoras o objetivo dos principais pensadores/criadores dessa ciência – Lev Semionovich Vigotsky, seguido por Alexandre Romanovich Luria e Aléxis Leontiev – era a concepção de uma psicologia dialética que garantisse o entendimento e a construção de sujeitos ativos, através do desenvolvimento de estudos e pesquisas que buscassem compreender o homem “em todas as suas particularidades e com base na existência material, real e atuante no mundo em que vive.”

Segundo Bock, Gonçalves e Furtado (2001) a Psicologia Sócio-Histórica “fundamenta-se no marxismo e adota o materialismo histórico e dialético como filosofia, teoria e método.” Para esses autores ao basearem-se nessa forma de pensamento a concepção de homem e sociedade deve ser entendida de maneira ampla

nesse sentido, concebe o homem como ativo, social e histórico; a sociedade, como produção histórica dos homens que, através do trabalho, produzem sua vida material; as ideias, como representações da realidade material; a realidade material, como fundada em contradições que se expressam nas ideias; e a história, como o movimento contraditório constante do fazer humano, no qual, a partir da base material deve ser compreendida toda produção de ideias, incluindo a ciência e a psicologia. (BOCK, GONÇALVES E FURTADO, 2001, pág. 17 e 18)

Podemos perceber que os indivíduos, na concepção sócio-histórica, são vistos como históricos, datados, concretos, marcados por uma cultura como criadores de ideias e consciência que, ao produzirem e reproduzirem dialeticamente a realidade social são, ao mesmo tempo, produzidos e reproduzidos por ela. (FREITAS, 2002, p.22).

Ao adotarmos o materialismo histórico dialético como um dos eixos norteadores da pesquisa, é preciso que tenhamos em mente que o homem deve ser compreendido em sua totalidade – com o máximo possível de constituintes – e que essa é determinada historicamente, apesar de não ser linear. O homem é uma construção histórica e social, constituído por sua relação com o mundo.

Aguiar e Ozella (2006) afirmam que ao utilizar essa perspectiva é preciso ir além das aparências, da descrição dos fatos. É necessário estudá-lo em seu processo histórico, ou seja, buscar explicações na constituição do objeto estudado. Esses autores afirmam ainda que é impossível construir um método de pesquisa que seja alheio a uma concepção de homem. Assim,

falamos de um homem constituído numa relação dialética com o social e com a História, sendo, ao mesmo tempo, único, singular e histórico. Esse homem, constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma humana de existência, revela – em todas as suas expressões – a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de produção. Ao mesmo tempo, esse mesmo homem expressa a sua singularidade, o novo que é capaz de produzir, os significados sociais e os sentidos subjetivos. Indivíduo e sociedade vivem uma relação na qual se incluem e se excluem ao mesmo tempo. (AGUIAR E OZELLA, 2006, pág. 224)

Para Murta (2004, p. 69) a “Psicologia Sócio-Histórica tem como referência básica de análise a historicidade das experiências humanas, assim como também a análise das ideias produzidas pelos homens como expressão mediada dessas experiências”.

Em concordância com o descrito acima, de acordo com Aguiar (2000, p.128) à luz da Psicologia Sócio-Histórica, “o homem é um ser ativo, social e histórico. Essa é a sua condição humana, a qual lhe permite constituir suas formas de pensar, sentir e agir, ou seja, constituir sua consciência”. A mesma autora afirma ainda que:

o homem está sempre ligado às condições sociais e que, além de produto da evolução biológica das espécies, é também produto histórico, mutável, pertencente a uma determinada etapa de sua evolução. Não se está simplesmente afirmando, no caso, que o homem se encontra ligado ao mundo e à sociedade ou que é influenciado por ela, mas sim que se constitui sob determinadas condições sociais, resultado da atividade de gerações anteriores (AGUIAR, 2000, pág. 166).

De acordo com Barbosa (2011) o homem na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica supera a visão fragmentada do ser humano e se constitui como sujeito. Isso se dá através da sua atividade nos diferentes momentos históricos, culturais e no tempo, ou seja, nos diversos processos da sociedade. “Revela-se, assim, dialeticamente tanto na dimensão social, quanto na dimensão individual”. (BARBOSA, 2011, pág. 23)

Na busca por essa compreensão do ser humano como um todo, deve-se procurar apreender seus elementos constitutivos, através das categorias. Para Machado (2009) as categorias teóricas são utilizadas para explicar a realidade, reduzindo a sua opacidade.

As categorias têm relações com o mundo real e tentam explicar a realidade, a partir de um determinado pressuposto teórico. Estudar historicamente fatos, acontecimentos e atividades significa estudá-las no processo de transformação, de mudança, sendo esse requisito essencial ao método dialético. (BARBOSA, 2011, pag. 25)

Para contribuir com a compreensão da temática proposta pela pesquisa de conhecer os fatores que dificultam e/ou impedem a realização da atividade de trabalho dos enfermeiros das UBSs e os sentidos e significados que esses atribuem à sua atividade de trabalho utilizando a perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica e a Clínica da Atividade³ é necessário que abordemos algumas de suas categorias centrais. Entre elas, aqui destacamos a atividade, sentido e significado. É preciso ressaltar que “as categorias são construtos teóricos norteadores das reflexões teórico-metodológicas que fundamentam as pesquisas”. (BARBOSA, 2011)

Pensando no homem que se encontra em constante transformação, que muda o ambiente e é também modificado por ele, que se constitui principalmente pela sua atividade no mundo, abordaremos agora a categoria Atividade.

3.2 – Atividade

Categoria central que explica a constituição do humano, já que para a perspectiva sócio-histórica é através da atividade que o homem se constitui e constitui o mundo.

É importante ressaltar que o homem diferencia-se dos outros animais por não ser imediatista, já que utiliza instrumentos psicológicos e materiais para realizar sua atividade que implica no processo de transformação do mundo e do comportamento humano por meio da relação homem-mundo⁴. É na e pela atividade que o homem se constitui.

Para Leontiev a atividade está ligada ao motivo e ao objeto, dessa forma deve ser entendida como todas as relações do homem com o mundo, a fim de atender a uma necessidade (ou motivo) particular.

A atividade humana para Davis e Aguiar (2010) é voluntária e constituída de inúmeras mediações que só são possíveis no e pelo convívio social, no trabalho conjunto. As autoras

³ A Clínica da Atividade será discutida no capítulo seguinte.

⁴ Cabe nesse momento uma breve discussão sobre a categoria mediação considerada por Aguiar et al (2009) como categoria dialética de compreensão do mundo e constitutiva do ser humano, responsável por organizar a relação homem/mundo. Corroborando essa afirmação, Davis e Aguiar (2010) afirmam que é por meio das relações sociais que mantêm com outros homens e com a cultura até então acumulada por esses, que o homem alcança sua humanidade e o que possibilita a apreensão desse fenômeno é a mediação. Para Aguiar e Ozella (2006) é possível, ao se considerar essa categoria, pensar em processos até então ausentes, já que relações vistas como diretas passam a ser notadas como mediatizadas após o rompimento das dicotomias e a identificação das determinações dialéticas que constituem o sujeito.

afirmam que “a atividade humana e suas inovações são transmitidas culturalmente de geração em geração, permitindo que o natural se converta em social”.

Murta (2008) afirma que a atividade “[...] implica ao processo dialético de transformação do homem e da natureza, ou seja, que em decorrência da atividade dá-se tanto a produção de um mundo humanizado quanto à própria humanização do homem”.

Para Aguiar e Ozella (2006) a atividade humana é sempre significada, ou seja, o homem no seu agir realiza uma atividade externa e uma interna, sendo que ambas operam com significados. Os autores afirmam ainda que o homem transforma a natureza e a si mesmo na atividade e só é possível apreender o que é atividade para o sujeito, quando nos aproximamos das zonas de sentido e enfatizam que a atividade é ao mesmo tempo atravessada pelos significados sociais.

Segundo Couto (2007) “se o indivíduo só se converte em homem pela apropriação do mundo social, a mudança do real está, também, diretamente ligada à ação do homem nesse mundo”. Ainda de acordo com a autora, para isso é preciso que a atividade adquira uma significação para o outro e para ele mesmo (se não há significação a atividade perde o seu poder transformador e não propicia mudanças – não gera negociação de sentidos e significados – conduz os indivíduos à mesmice, à passividade e à alienação). (COUTO, 2007, p.12)

Pode-se dizer que atividade é o conjunto de ações realizadas pelo homem em um movimento cíclico de transformação do mundo a sua volta e de si mesmo, está relacionada com as necessidades individuais e coletivas possuindo significação única para aquele que a desenvolve.

3.3 – Significados e Sentidos

As categorias significado e sentido para Aguiar et al (2009, p. 60) “carregam a materialidade e as contradições presentes no real, condensando aspectos dessa realidade e, assim, destacando-os e revelando-os”. Dessa forma, exercem o papel de dar visibilidade a uma determinada e importante zona do real.

Para Barbosa (2011) “as categorias sentidos e significados são constitutivas e constituintes do pensamento e da linguagem”. Apesar de suas singularidades dependem mutuamente para existirem e assim devem ser compreendidas. São consideradas por Barbosa (2011) como

categorias fundamentais para a compreensão do indivíduo como sujeito, como ser ativo, histórico, social e individual que se relaciona com o mundo, com os outros e que é mediado pelas significações simbólicas e afetivas. [...] A atividade humana é sempre significada, ou seja, o homem, na sua atuação como humano, executa uma atividade externa e uma interna e ambas operam com significado. (BARBOSA, 2011, p.41)

Como afirma Vigotski (2009) “o pensamento não se exprime na palavra, mas nela se realiza”, podendo muitas vezes “o pensamento fracassar”, não se realizando como palavra. Aguiar e Ozella (2013) afirmam que existe uma relação de mediação entre pensamento e linguagem em que um constitui o outro. Além disso, asseguram que o pensamento é sempre emocionado e se expressa na palavra com significado ao apreender o significado da palavra é possível entender o movimento do pensamento.

É imprescindível ressaltar que, o pensamento passa por muitas transformações até o momento de ser expresso em palavras. Para que de fato possa ser compreendido é necessário que os sons transmitidos tenham significado, já que sem isso se tornam apenas um conjunto de fonemas. Pode-se afirmar que a compreensão da relação pensamento/linguagem passa pela necessária compreensão das categorias significado e sentido. (BARBOSA, 2011; AGUIAR e OZELLA, 2013)

Aguiar et al (2009, p. 61) enfatizam que “os significados são produções históricas, sociais, relativamente estáveis e, por serem compartilhados, são eles que permitem a comunicação entre os homens, além de serem fundamentais para a constituição do psiquismo”. Segundo Aguiar e Ozella (2006) os significados fazem referência a conteúdos mais fixos, instituídos e compartilhados, que são apreendidos pelos sujeitos e configurados a partir das suas próprias experiências. De acordo com os autores os significados são constituídos pela “articulação dos eventos psicológicos que o sujeito produz frente uma realidade”.

Apesar de serem dicionarizados e “estáveis”, transformam-se com o movimento histórico, ou seja, podem ser modificados historicamente, alterando assim, a relação entre pensamento e palavra.

No campo semântico os significados, referem-se e representam as relações que a palavra pode conter, os eventos, objetos e fenômenos do mundo empírico. Já no campo psicológico é uma generalização, um conceito – produções históricas e sociais por meio das quais os seres humanos se comunicam e socializam experiências. (VIGOTSKI, 2009; DAVIS e AGUIAR, 2010)

De acordo com Aguiar e Ozella (2013, p.304) é preciso compreender que essas categorias são constituídas pela unidade contraditória do simbólico e do emocional. Para

colaborar com a compreensão do sujeito, os significados devem ser o ponto de partida “sabe-se que eles contêm mais do que aparentam e que, por meio de um trabalho de análise e interpretação, pode-se caminhar para as zonas mais instáveis, fluidas e profundas, ou seja, para as zonas de sentido”.

Por constituir a articulação dos eventos psicológicos que o sujeito produz frente à realidade, o sentido é muito mais amplo que o significado. Muitas vezes ele se refere às necessidades que ainda não se realizaram, mas que constituem o sujeito e o mobilizam, deve ser entendido como um ato do homem mediado socialmente. Para Davis e Aguiar (2010)

O sentido permite uma apreensão mais precisa do sujeito como a unidade dos processos cognitivos, afetivos e biológicos. Ação, pensamento e afeto jamais se separam e é essa unidade que explica os motivos e as causas do pensamento, dos afetos e das atividades. Entender o sujeito implica, portanto, aproximar-se das zonas de sentido. (DAVIS e AGUIAR, 2010, p.235)

Uma definição da categoria sentido para Vigotski (2009, p.465) seria “um agregado de todos os fatos psicológicos que surgem na nossa consciência como resultado da palavra”. Seguindo esse pensamento o autor considera que “o sentido real de cada palavra é determinado pela riqueza dos momentos existentes na consciência e relacionados àquilo que está expresso por uma palavra”. (VIGOTSKI, 2009, p.466)

Para Aguiar e Ozella (2006) “a categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída”, ou seja, relaciona-se com a história particular de cada indivíduo. Os autores afirmam que o sentido de uma palavra nunca é completo, sendo determinado por toda a riqueza dos momentos existentes na consciência. Por serem históricos, não são respostas fáceis e imediatas, são constituídos a partir da vivência afetiva e cognitiva do sujeito, se referem à totalidade do sujeito histórico e à sua condição vital, devendo, portanto, estar contextualizados. Por esse mesmo motivo os sentidos das palavras são inesgotáveis. (AGUIAR et al, 2009; BARBOSA, 2011)

Murta (2008, p.38) ressalta que é importante “lembrar que o sentido é construído na dialética indivíduo-meio e, como conteúdo psicológico fundamental, vincula os significados com a realidade vivida pelo sujeito, com seus motivos”.

Uma das formas de apreensão dos sentidos e significados são as palavras contextualizadas, sendo assim, nessa pesquisa utilizei como técnica para obtenção das informações entrevistas áudio-gravadas.

4 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA DA ATIVIDADE E ALGUMAS CATEGORIAS

4.1 – Clínica da Atividade

Para as contribuições nesse trabalho acerca da Clínica da Atividade foi utilizado como autor base Yves Clot e segundo sua própria definição a Clínica da Atividade “visa a ação sobre o campo profissional e busca desenvolver a capacidade de agir dos trabalhadores sobre eles mesmos e sobre o campo profissional” (CLOT, 2006, p.101)

Ao definir Clínica da Atividade, Clot (2006) afirma que é “clínica no sentido médico: tem como objeto uma doença nas situações reais de trabalho. Baseia-se na ideia de que a psicologia vai partir do campo (realidade de trabalho) e voltar ao campo”. Nesse mesmo texto assegura que a Clínica da Atividade “visa restaurar o ambiente do trabalho normal. É a reabilitação da função ordinária do trabalho”. Para ele esse dispositivo – a Clínica da Atividade – é utilizado para investigar o que não foi realizado e, então, recompor o “possível da atividade, para ver e mostrar o que não é possível”. (CLOT, 2006)

Ao definir Clínica da Atividade, Fonseca (2008) diz que

alimentam-se na visão sócio-histórica de Vygotsky e compartilham uma compreensão de mundo afetada pelas possibilidades de construção efetivadas por um *sujeito*. A inspiração vygotskiana também se revela na preocupação com a transformação da realidade social onde se inserem, assumindo claramente um alinhamento com as teorias marxianas. Importa lembrar também que os trabalhos de Yves Clot integram a escola francesa de Ergonomia⁵, que se diferencia bastante da escola norte-americana por direcionar sua atenção para as *relações de trabalho*, enquanto essa última privilegia as *condições de trabalho* como objeto de estudo e intervenção. Essa diferenciação é relevante, uma vez que já sinaliza possibilidades de vinculação com matrizes teóricas mais críticas e menos adaptativas. (FONSECA, 2008, p. 130, *grifos do autor*).

Clot concebe a atividade como operação, já que para o autor ela inclui o que é feito e o que ainda não foi feito, além da atividade impedida e atividade recriada, ou seja, nessa concepção não se pode tratar a atividade sem tratar da subjetividade.

Dito isso, é necessário realizar uma discussão sobre atividade dentro da concepção da Clínica da Atividade.

⁵ Clot considera como semelhanças entre a Clínica da Atividade e a Ergonomia a necessidade de se transformar a situação do trabalho, enfatizando que esse deve ser adaptado ao homem e não o contrário. (CLOT, 2006)

4.2 – Atividade

Na Clínica da Atividade a atividade é diferenciada da atividade de trabalho, onde a primeira tem como significado qualquer ação do homem sobre o mundo e sobre si mesmo (por exemplo: comer, andar, ler, dormir, trabalhar, divertir, etc.) e é o próprio homem quem vai determinar os objetivos da mesma. Já a segunda, atividade de trabalho o seu objetivo é determinado socialmente, implica em regras, relações de poder e produções de bens e serviços e tendo ainda regime assalariado. Para Clot (2006) é através da atividade de trabalho que o trabalhador nutre a esperança de fazer parte da sociedade, é através dela que é possível adquirir a materialidade.

Para Clot (2007) “o trabalho é o lugar em que se desenrola para o sujeito a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que [...] resiste à sua capacidade, suas competências, a seu controle”. Para o mesmo autor não existe meio de analisar o trabalho do sujeito sem analisá-lo, seja incluído em um grupo ou vários, ou em uma situação ou meio. Afirma ainda que atividade de trabalho refere-se ao que os homens fazem com os desafios pelos quais passam e dos meios que encontram, ou não, para superá-los. (CLOT, 2007)

O trabalhador valoriza o que faz sentido para ele e, do mesmo modo, confere sentido àquilo que para ele representa um valor. É, portanto, à singularidade, à subjetividade do trabalhador que deve-se reportar quando fala-se de um sujeito e de sua relação com o saber.(SANTOS, 1997) Nesse mesmo sentido, Clot (2007) afirma que “as relações no trabalho dependem não apenas das características de sua organização e das relações sociais que se formam, mas também das pré-ocupações e pós-ocupações do sujeito”.

Segundo Murta (2008) a atividade de trabalho é histórica e constitui o ser humano, é construída e reconstruída a cada momento em que o trabalhador se vê diante de sua prática, isso a enriquece e a torna complexa, muito além do que pode ser revelado ao se observar apenas o resultado e/ou produto da atividade de trabalho.

Para Clot (2007) a dimensão social do trabalho faz-se presente na própria realização da atividade de trabalho executada, que é bem diferente da tarefa prescrita.

Para compreender a atividade de trabalho dentro desse prisma é necessário ter a consciência que existe diferença entre atividade prescrita, atividade realizada e real da atividade. A atividade prescrita ou tarefa nunca é idêntica à atividade realizada, já que a primeira é “engessada”, fixada por regras, e não prevê as situações reais encontradas pelo sujeito (por exemplo: panes, ausência de instrumentos, cansaço, dentre outras) que

influenciam na atividade realizada. Já no real da atividade estão envolvidas a objetividade e a subjetividade do sujeito, não considera somente o que foi efetivamente realizado, mas também as possibilidades não realizadas ou impedidas de serem realizadas, engloba tudo que coagiu e/ou permitiu a atividade de trabalho do sujeito. (MURTA, 2008; CLOT, 2007) A atividade realizada diz respeito ao que efetivamente é feito, é o resultado visível das ações do sujeito sobre o objeto da sua atividade de trabalho, é considerada uma parte relativamente pequena, em relação ao que é possível. (FONSECA, 2008)

*A atividade realizada se aproxima da noção de tarefa (portanto claramente visível e passível de observação direta) e constitui apenas uma ínfima parte do que é possível. Já a atividade real, ou real da atividade, não está claramente visível e inclui a chamada “atividade impossível”, não manifesta e, portanto, fora da possibilidade de observação de qualquer analista. É importante dizer, porém, que de forma alguma a atividade real está em segundo plano, pois é na realização que se encontram os “novos possíveis”. Assim, a análise da atividade deverá considerar “o trabalho psíquico e prático que o trabalhador precisa fazer para transformar o real da atividade em atividade realizada”. (CLOT, 2007, p. 17, **grifos do autor**)*

Tratando-se ainda da atividade prescrita existe de maneira indireta um sistema de instrumentos construídos coletivamente que se encontra no interior da atividade de cada um dos trabalhadores que compartilham do mesmo ofício, a esse sistema dá-se o nome de gênero da atividade. É ele – o gênero, que garante que a tarefa se torne atividade realizada, que as disfunções dos sistemas produtivos e os imprevistos sejam superados, é o conjunto de experiências coletivas acumuladas pelos trabalhadores. (MURTA, 2008; CLOT, 2007) Exemplificando, segundo Carneiro (2013), existe por um lado a prescrição oficial, a tarefa oficial e por outro, um sistema de obrigações partilhadas por um determinado meio profissional.

Clot (2007) o define como instrumento coletivo que regula a atividade individual e é composto por uma variedade de atividades encorajadas ou vetadas conhecidas apenas por aqueles que participam da mesma circunstância. Trata-se de técnicas, normas e formas de fazer estabelecidas, uma reorganização da atividade de trabalho pelo coletivo e, desta maneira, é compreendido como parte subentendida da atividade.

O gênero pode definir-se como o conjunto das atividades mobilizadas por uma situação, convocadas por ela. Ele é uma sedimentação e um prolongamento das atividades conjuntas anteriores e constituem precedente para a atividade em curso: aquilo que foi feito outrora pelas gerações de um meio dado, as maneiras pelas quais as escolhas foram decididas até então nesse meio, as verificações às quais ele procedeu, os costumes que esse conjunto enfeixa. (CLOT, 2007, p. 44)

Ainda de acordo com Clot (idem, 2007),

O gênero social, ao definir as fronteiras móveis do aceitável e do inaceitável no trabalho, ao organizar o encontro do sujeito com seus limites, requer o estilo pessoal.

O estilo individual torna-se por sua vez a transformação dos gêneros, por um sujeito, em recursos para agir em suas atividades reais. Em outros termos, é o movimento mediante o qual esse sujeito se liberta do curso das atividades esperadas, não as negando, mas através do desenvolvimento delas. (CLOT, 2007, p.49-50)

O gênero profissional permite ao sujeito se identificar com seus pares e operar dentro das tarefas esperadas. É incorporando o gênero que o trabalhador tem possibilidades de, ao apreendê-lo, criar o estilo pessoal.

4.3 – Catacrese

Para realizar seu trabalho, mesmo sem as condições adequadas pode ser preciso que o trabalhador lance mão de artifícios. Aqui se pretende abordar a produção de catacrese que poderia ser definida como o uso não previsto dos instrumentos de trabalho, caracterizando-se, muitas vezes, como um tipo de enriquecimento de funções desse mesmo instrumento. Não deve ser interpretado como um erro ou desvio, pois, sendo elaborado pelo trabalhador, tem por finalidade mantê-lo vinculado às suas ocupações, apartando-o daquilo que Clot chama de “pré-ocupações” (FONSECA, 2009).

Para Murta (2008) a catacrese

é uma maneira que o trabalhador busca para solucionar problemas/impedimentos no curso de sua atividade, atribuindo um novo sentido/função, diferente daquela prevista, para a qual o objeto foi originalmente criado. Isto torna a ‘atividade impossível’ em possível; neste sentido o trabalhador opera uma transformação do objeto, ou seja, existe uma transformação psicológica dos objetos do mundo em objetos para si, eles se tornam meio de agir para aquelas situações específicas. (MURTA, 2008, p.63)

Para Clot (2007) a realização da catacrese justifica-se para o desenvolvimento do trabalho real e

este (o desenvolvimento psicológico real) não ocorre pela interiorização dos funcionamentos exteriores ou das significações existentes, mas recriando-os a fim de lhes conceder uma ‘segunda vida’ a serviço da atividade presente do sujeito. Essa abordagem transforma a concepção da atividade aparentemente passiva e submissa em atividade inventiva e criativa. (CLOT, 2007, p.182)

Ainda de acordo com Clot (2007) para agir em meios profissionais tão incertos é necessário que os trabalhadores tenham cada vez mais disponibilidade para agir e é preciso que deem sempre o melhor de si. Dito isso acrescenta que

o envolvimento dos operadores na ação procura superar os obstáculos que opõem a atividade a si mesma. Ele os leva a duplicar o meio exterior de trabalho mediante um meio técnico pessoal ou coletivo que responde aos dilemas do primeiro. A função do conjunto de ferramentas se vê afetada por uma atividade de reconcepção ou de re-

criação de técnicas cujo uso é deslocado ou subvertido. Chamamos de catacrese essa atribuição de novas funções às ferramentas, esse uso desviado de uma ferramenta. (CLOT, 2007, p.181)

Dessa forma, a catacrese deve ser entendida como a utilização de uma ferramenta/objeto atribuindo a esse uma nova função/utilização diferente daquela para a qual a ferramenta foi inicialmente criada. A criação de catacreses é mais uma das formas que o trabalhador cria/utiliza para superar os impedimentos que surgem no decorrer da execução da atividade de trabalho.

Para Clot, a catacrese é um recurso que pode se tornar um instrumento da atividade e quando a coletividade dá seu aval para sua utilização ela torna-se um patrimônio comum, ou seja, passará a ser utilizada em situações semelhantes por seus colegas de ofício.

5 – OBJETIVOS

5.1 – Objetivo Geral

Identificar, analisar e desvelar os fatores que dificultam e/ou impedem a realização da atividade de trabalho dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (ESFs) do município de Diamantina e quais os sentidos e significados que atribuem à sua atividade de trabalho.

5.2 – Objetivos Específicos

- Observar e descrever a estrutura física e material das UBSs, onde estão alocadas duas ESFs e verificar se satisfazem as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.
- Observar, analisar e desvelar os fatores que dificultam e/ou impedem a realização da atividade de trabalho dos enfermeiros.
- Observar, analisar e desvelar quais as estratégias utilizadas para a superação dos fatores dificultadores e/ou impeditivos presentes na atividade de trabalho e, se dentre eles há a produção de catacreses.
- Levantar, analisar e desvelar quais os sentidos e significados que os enfermeiros das ESFs atribuem às suas atividades de trabalho.

6 – PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Como descrito anteriormente, o eixo epistemológico escolhido para nortear a execução da pesquisa foi a Psicologia Sócio Histórica e a Clínica da Atividade e, a fim de alcançar os objetivos propostos optei por realizar uma pesquisa qualitativa de campo.

Concordando com Murta (2008; 2013), pesquisa qualitativa é aquela que busca compreender e desvelar o processo de constituição de um dado fenômeno. A pesquisa de campo é entendida aqui “como o recorte que é realizado em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação” (MINAYO, 2000, p. 53), bem como o deslocamento e permanência do pesquisador ao local onde há ou houve a ocorrência do fenômeno estudado a fim de se ter contato direto com o mesmo, assim como para a obtenção de informações. (MURTA, 2013)

Dessa forma as Unidades Básicas de Saúde do município de Diamantina-MG foram escolhidas como local para a realização da pesquisa, sendo convidados como sujeitos os enfermeiros responsáveis técnicos das Equipes de Saúde da Família alocadas nessas UBSs.

O município de Diamantina-MG contava com quatorze equipes de saúde da atenção básica, sendo que dez se encontravam na sede do município e quatro estavam localizadas na zona rural⁶. Para a obtenção das informações foram convidados a participar os quatorze enfermeiros responsáveis técnicos das Equipes de Saúde da Família. Os critérios para inclusão destes foram: ser enfermeiro, estar inserido na atenção básica (EACS ou ESF) do município de Diamantina, aceitar participar e assinar termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Inicialmente o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa/Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (CEP/UFVJM) e aprovado através do Parecer 431.288 (Apêndice A). Logo após foi realizado contato com a coordenação da atenção primária do município de Diamantina, para organização da execução da pesquisa, também foi estabelecido contato com cada enfermeiro responsável técnico das estratégias para a apresentação da pesquisa e, caso concordasse, aplicação do questionário e assinatura do TCLE (Apêndices B e C).

A pesquisa foi planejada para ser desenvolvida em quatro fases:

⁶ Das dez equipes que tinham a sede localizada na zona urbana, duas atendiam também a zona rural, sendo classificadas como urbanas-rurais.

1ª fase – Aplicação do questionário para os 14 enfermeiros responsáveis técnicos, tabulação dos questionários e seleção de dois enfermeiros para as demais etapas.

2ª fase – Entrevista com os dois enfermeiros selecionados.

3ª fase – Observação *in loco* da estrutura física e material das UBSs onde estavam alocadas as estratégias onde os enfermeiros selecionados trabalhavam.

4ª fase – Observação da atividade de trabalho do enfermeiro nas ações de saúde da mulher.

Na ocasião da obtenção das informações das quatorze equipes instaladas no município, três estavam sem o enfermeiro, o que impossibilitou a participação das mesmas. Das onze equipes restantes, os onze enfermeiros que se encontravam atuantes no município concordaram em participar da primeira fase da pesquisa.

Essa primeira fase consistiu na aplicação de um questionário fechado (Apêndice B), que buscava informações acerca da estrutura física e material das UBSs, assim como as condições de uso dos materiais permanentes, a disponibilidade de materiais de consumo e a utilização do manual de normas e rotinas. Buscou-se também informações sobre as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para fatores que impediam e/ou dificultavam a realização da sua atividade de trabalho.

Entre os onze profissionais que participaram, seis preferiram que fossem enviados o questionário e o TCLE, para que pudessem responder às perguntas no momento que achassem mais oportuno, ficando os mesmos responsáveis pela devolução. Desses seis questionários e TCLE enviados um não foi devolvido. Cinco preferiram abrir horários em suas agendas e após assinarem o TCLE, responderam ao questionário e logo em seguida os devolveram à pesquisadora. Sendo assim, nessa primeira fase da pesquisa participaram dez enfermeiros responsáveis técnicos da atenção primária.

Após esse primeiro momento realizei a leitura do material e a tabulação dos dados que compuseram a análise da estrutura física e material das UBSs, segundo os enfermeiros. Foi utilizado o software Epiinfo 6.04d, para cálculo da frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão. Esses questionários também subsidiaram a elaboração do roteiro das entrevistas e pontos que deveriam ser focados durante as observações.

Para as fases seguintes, a saber, participação nas entrevistas e observação da atividade de trabalho nos atendimentos de saúde da mulher, dois enfermeiros foram selecionados. Vale ressaltar que uma vez que esses dois enfermeiros foram selecionados, as UBSs onde atuavam automaticamente foram selecionadas para a observação *in loco* da estrutura física e material.

Como critérios para inclusão desses enfermeiros, nas fases 2 e 4 foram considerados a aquiescência do enfermeiro, maior tempo de atuação na equipe e possuir agenda de atendimento mensal onde estavam previstos os dias para o atendimento às ações de saúde da mulher⁷.

Vale ressaltar que em pesquisas qualitativas a seleção dos sujeitos participantes e do local da coleta das informações não ocorrem de maneira matematizada, esses devem ser selecionados intencionalmente com o propósito de escolher aqueles que podem fornecer as melhores informações relacionadas ao que se pretende estudar. É importante que essa seleção venha da necessidade de que a amostra contenha e reproduza certas dimensões do contexto que pode estar em contínua construção histórica. (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008; BOCCHI, 2008)

Para designar sujeitos e ESFs o procedimento foi: o primeiro enfermeiro que aceitou ser entrevistado e ter sua atividade de trabalho observada foi nomeado Enf.1 e onde atuava de ESF1, o segundo Enf. 2 e onde atuava de ESF2.

Optou-se por selecionar um enfermeiro integrado a uma ESF da zona urbana e um integrado a uma ESF urbana-rural, pois, foi levantada a hipótese que poderia haver diferença na estrutura física, na materialidade e por fim, nas condições de trabalho.

Foi levado em consideração aqueles que durante as fases anteriores se mostraram mais receptivos e estabeleceram maior laço de confiança com a pesquisadora, além também de que suas UBSs era de fácil acesso e permanência para se proceder as observações.

A entrevista face a face favorece por meio das trocas verbais e não-verbais uma interação, que possibilita uma melhor apreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos entrevistados a respeito de situações e vivências pessoais. Quando a essa é associada outra técnica de pesquisa (no caso a observação sistemática – situação onde existe um distanciamento entre o observador e o fenômeno observado) existe um ganho já que o pesquisador pode comprovar o dito por meio da conduta e do comportamento diário do sujeito. (FRASER; GONDIM, 2004)

Assim sendo para a realização da fase 2, em local escolhido pelos enfermeiros, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com cada enfermeiro, de caráter focal e áudio-gravada (posteriormente foram transcritas para análise) (Apêndices D e E). Estas buscavam

⁷ Quando o projeto foi elaborado a ideia inicial era realizar as observações e entrevistas com enfermeiros de EACS, porém, após a aplicação dos questionários pôde-se notar que das UBS participantes apenas uma era classificada como EACS e nessa o enfermeiro não realizava as ações de saúde da mulher com uma agenda definida, dessa forma não se encaixava dentro dos critérios de inclusão.

conhecer aspectos pessoais do profissional (nome, idade, estado civil, naturalidade), aspectos da vida profissional (graduação, especializações, empregos anteriores, tempo na estratégia), além de questões que abarcavam sentimentos relativos à atividade de trabalho do profissional nas UBSs.

Após a transcrição das entrevistas e de posse das informações obtidas, a análise das falas dos sujeitos foi realizada a partir dos núcleos de significação propostos por Aguiar e Ozella (2006), uma vez que esse método permite a articulação entre as falas dos sujeitos e os pressupostos teórico-metodológicos utilizados nessa pesquisa.

Em seguida, foi realizada a fase 3, que consistiu na observação e avaliação das duas UBS envolvidas, a fim de verificar se a estrutura física e material satisfaziam as normas preconizadas pelo MS.

Para a diferenciação entre as UBSs foi definido que essas seriam numeradas na sequência em que os questionários foram devolvidos. Dessa forma, a UBS onde estava alocada a ESF1 foi denominada UBS8 e a UBS onde ficava instalada a ESF2 era a UBS7. Cada uma dessas UBSs abrigava somente uma ESF, dessa forma, os parâmetros utilizados para a comparação foram de UBS com uma equipe⁸.

Para proceder essa avaliação foi elaborado um *check list* (Apêndice F), baseado nas determinações do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS (BRASIL, 2008) que é um documento de orientação elaborado para auxiliar municípios com dificuldades na definição das questões estruturais. Esse manual preconiza a existência mínima de dependências em uma UBS, com dimensões especificadas, além do mobiliário que deve estruturá-la. Assim munida desse *check list* e de uma trena deu-se a avaliação. (BRASIL, 2008)

Com o intuito de avaliar se existia a produção de catacrese na atividade de trabalho do enfermeiro, de acordo com a agenda programada, iniciamos a observação dos atendimentos em saúde da mulher (especificamente, pré-natal e preventivo de câncer de colo de útero e de mama) constituindo assim a fase 4.

Antes de cada atendimento foi solicitado às pacientes a autorização para que a pesquisadora permanecesse no consultório, e para cada atendimento foi assinado um TCLE pela usuária (Apêndice G).

⁸ De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS em uma UBS podem estar alocadas até três ESFs, desde que sua estrutura física seja adequada, dessa forma o referido Manual possui determinações específicas para cada tipo de UBS, de acordo com o número de estratégias instaladas.

Inicialmente foi programada a realização de 42 observações – para chegar nesse número considerei que em média os atendimentos são marcados a cada meia hora, totalizando, portanto, sete atendimentos por período do dia (manhã e tarde). Para ter uma noção da disponibilidade de material ao longo do mês foram calculados três períodos de observações (início, meio e final do mês); foi levado em consideração a agenda de atendimento da cada enfermeiro, ou seja, na ESF1, os preventivos ocorriam às quartas-feiras nos períodos da manhã e tarde; os pré-natais ocorriam às terças-feiras também nos dois períodos. Já na ESF2 os preventivos eram realizados nas manhãs das quartas-feiras e os pré-natais nas tardes do mesmo dia. Importante ressaltar que essa programação baseou-se na vivência da pesquisadora e nas informações obtidas com os próprios enfermeiros.

Entretanto, foram realizadas 31 observações⁹ (Apêndice H), pois, nem sempre o total de consultas agendadas era o mesmo de consultas realizadas, devido a fatores tais como: falta do comparecimento das pacientes, agendamento de reuniões e demanda de questões burocráticas (administrativas) no horário das consultas, que acarretavam o desmarque das mesmas.

Dessas 31 observações realizadas dezesseis ocorreram na ESF1 e quinze na ESF2. As observações se deram entre os meses de fevereiro a julho de 2014, sendo que no mês de fevereiro ocorreram doze no período da manhã e duas no período da tarde; já no mês de março, quatro pela manhã e três à tarde; no mês de abril foram realizadas quatro no período da manhã; e em julho quatro pela manhã e duas à tarde. Cada observação durou em média quatro horas, havendo variação no número de atendimentos observados de acordo com as consultas agendadas.

Durante as observações da atividade de trabalho da enfermeira da ESF, me posicionava em um canto da sala de atendimento e de posse de um diário de campo anotava as ações realizadas pela mesma e os materiais utilizados durante o atendimento¹⁰.

No próximo capítulo faz-se a apresentação das informações obtidas e juntamente com a discussão das mesmas.

⁹ Como o período que as observações ocorreram nas duas UBSs foi maior que o planejado e bem heterogêneo, havendo observações no início, no meio e no fim de alguns meses, mesmo não tendo atingido o número inicial acredito que o número de observações foi suficiente para a pesquisa. As observações (OBS) foram numeradas sequencialmente, na ordem em que ocorreram.

¹⁰ Vale ressaltar que não foi realizada avaliação da qualidade do atendimento do enfermeiro e da execução da técnica, somente foi observado se o profissional utilizou de estratégias diferentes das preconizadas, para alcançar os resultados propostos (produção de catacrese).

7 – ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

7.1 – Análise da estrutura física e material das Unidades Básicas de Saúde segundo os enfermeiros

Gostaria inicialmente de destacar que os questionários que, após a tabulação, geraram as informações que possibilitaram a apreciação da estrutura física e material das UBSs foram analisados através do software Epiinfo 6.04d, que possibilitou conhecer a frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão dos dados.

Das dez UBSs, sete atendiam exclusivamente à população residente na sede, duas atendiam sede e distritos e uma atendia somente distritos.

Quando os enfermeiros foram indagados se a estrutura física das UBSs foi construída para tal fim ou adaptada de casas residenciais observou-se que apenas uma (localizada na sede) foi construída, as demais foram adaptadas. Todos responderam que conheciam as normas do Ministério da Saúde para infraestrutura de UBS e apenas dois (20%) acreditavam que sua UBS – ambas instaladas na zona urbana – estava de acordo com essas. Essa realidade é comum de ser encontrada nas ESFs no estado de Minas Gerais, onde a precária infraestrutura física das unidades básicas é um dos nós críticos conhecidos, esse fato está relacionado com a utilização de imóveis adaptados, muitas vezes inadequadamente, às normas estabelecidas (MINAS GERAIS, 2008). Starfield (2004) assegura que estrutura corresponde aos recursos necessários para ofertar o serviço, logo, aquilo que permite a prestação do serviço. Assim, de acordo com a autora, é necessário analisar, além do prédio, os componentes físicos da instalação, ou seja, os equipamentos.

Somente um enfermeiro considerou que a UBS onde atuava tinha estrutura física com condições de acessibilidade adequada para portadores de deficiência física e/ou idosos. Aqui chamo a atenção para o fato que essa UBS era adaptada, a construída para tal finalidade foi considerada como inadequada.

Nenhuma das UBSs tinha todas as dependências previstas no Manual de Estrutura Física das UBSs/Ministério da Saúde que foram descritas no questionário a saber: sala de recepção/espera; consultório médico; consultório de enfermagem; sala de procedimentos; sala de imunização; sala de curativos; expurgo; sanitário para funcionários; sanitário público; consultório odontológico; copa/cozinha; serviço de arquivo médico; almoxarifado; esterilização; sala de reunião; abrigo de resíduos sólidos e farmácia. O número de

dependências presentes nas UBSs variou entre nove e quinze. Todas as unidades tiveram avaliação inadequada em pelo menos uma dependência quanto à iluminação, ventilação ou umidade. O gráfico 1 ilustra as respostas dos profissionais quanto à presença das dependências relacionadas e sua adequação.

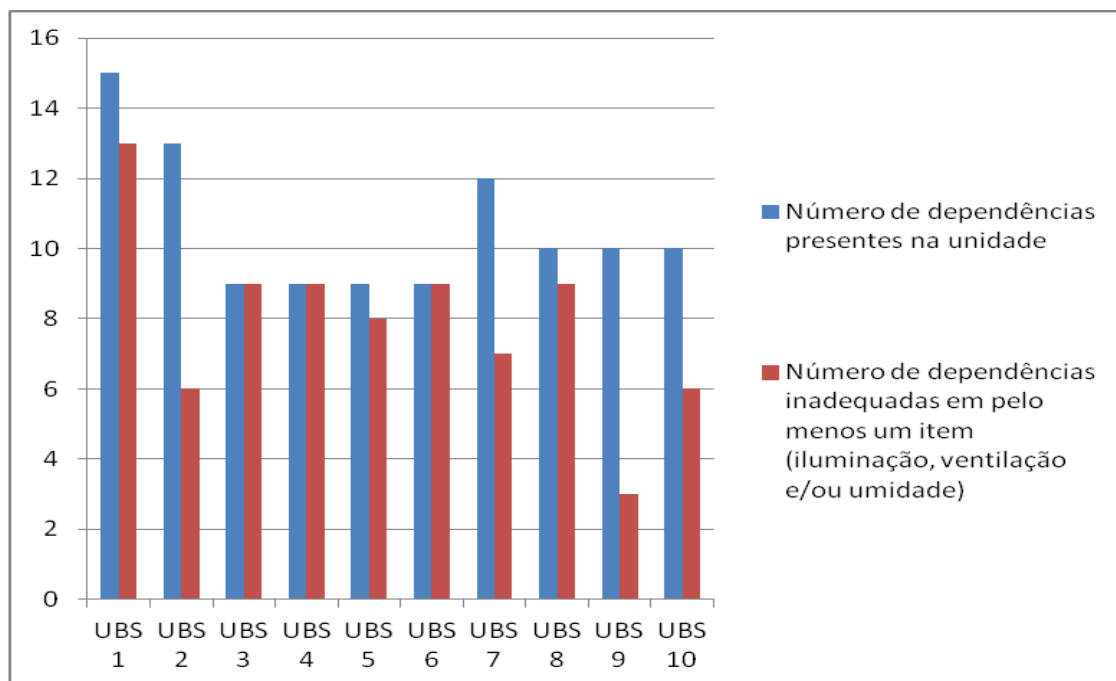


Gráfico 1 – Número de dependências presentes nas UBSs e quantidade considerada inadequada

Metade das UBSs não dispunha de sala de expurgo e de curativos, não havendo diferença significativa entre sede e distrito ($\chi^2=4.67$; $p= 0,198$) e ($\chi^2= 4,00$, $p=0,261$), respectivamente. A ausência dessas estruturas pode ser considerado um fator de risco tanto para os profissionais como para a população que é assistida pelas UBSs, uma vez que os procedimentos que deveriam ser realizados nessas salas são considerados como de alto risco de contaminação, já que envolvem contato com materiais biológicos.

Alguns autores (VILLAS BÔAS, ARAÚJO e TIMÓTEO, 2008; FARIA et al. 2009) afirmam que a infraestrutura age diretamente no processo de trabalho da equipe e sua ausência prejudica a autonomia dessas, interferindo na sua atuação, aqui associa-se também a falta de estrutura material. É importante ressaltar que, a ausência de condições ideais para a realização das atividades é um dos fatores determinantes, para que a atividade prescrita não seja realizada conforme preconizado na sua totalidade, os impedimentos que a falta de materiais e de estrutura física podem gerar no momento da realização da atividade são decisivos, para que a atividade realizada, na maioria das vezes seja bem distinto da tarefa, como abordado anteriormente na Clínica da Atividade.

Os enfermeiros foram questionados se acreditavam que sua unidade estava adequadamente abastecida de materiais de uso permanente e todos disseram que não, assim como foram unânimes ao responder que não existia manutenção preventiva para os equipamentos.

Em nenhuma UBS estavam presentes os 24 materiais permanentes, tidos como essenciais (variando entre 13 a 21 disponíveis). Quanto às suas condições de uso, só dois enfermeiros consideravam que os existentes estavam adequados. O gráfico 2 ilustra esses achados.

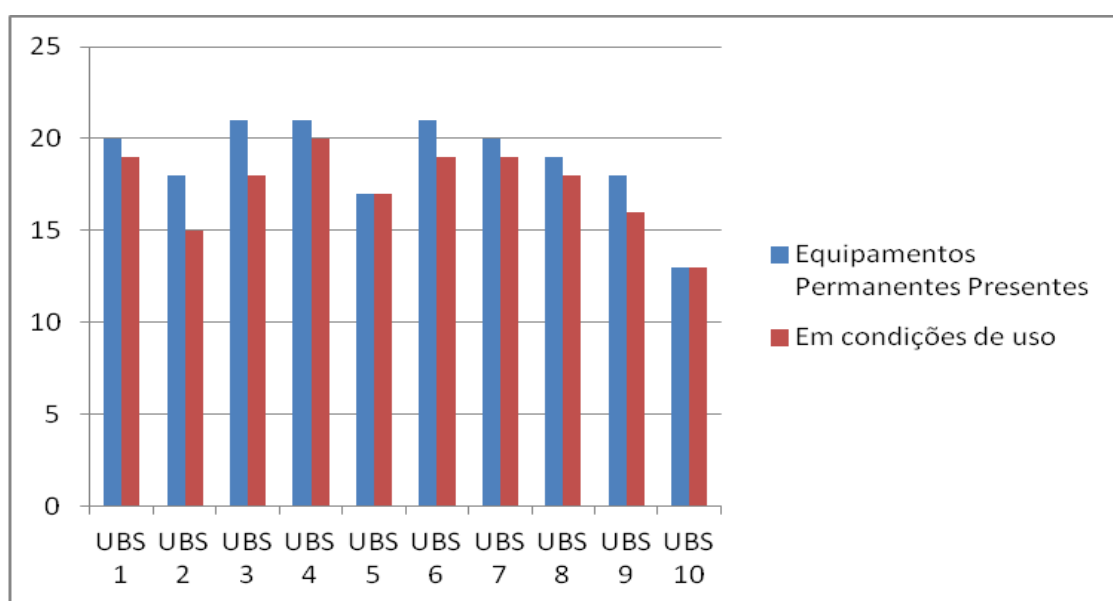


Gráfico 2 - Quantidade de equipamentos permanentes presentes nas UBSs e suas condições de uso

Sobre o abastecimento de materiais de consumo/insumos nas UBSs sete enfermeiros (70%) responderam que a quantidade enviada mensalmente pela Secretaria Municipal de Saúde quase sempre era suficiente, os outros 30% (três enfermeiros) responderam que essa quantidade quase nunca era satisfatória. Em seguida quando foram questionados se existia a necessidade de realizar estoque de algum material para meses com menor oferta apenas um disse nunca haver essa necessidade, seis responderam que quase sempre era necessário e três que sempre era preciso¹¹. Quatro enfermeiros disseram que a quantidade de material solicitada à secretaria municipal de saúde nunca era a mesma enviada por essa, três disseram que quase nunca era a mesma e outros três que quase sempre era igual.

¹¹Ao solicitar o material para consumo dentro de um determinado prazo deve-se calcular o consumo médio para o período de tempo e acrescentar 20% como margem de segurança, para não haver faltas, dessa forma esperava que aqueles que respondessem que a quantidade enviada sempre ou quase sempre era satisfatória não realizariam estoque por estar dentro da margem de segurança, o que não ocorreu.

Nenhum enfermeiro considerou que sua unidade estava abastecida com todos os dezoito insumos descritos no questionário (essenciais para a atenção básica). Vale ressaltar que entre os itens citados se encontrava medicamento, porém, no município de Diamantina a distribuição de medicamentos era centralizada em uma farmácia básica, apenas as UBSs localizadas na zona rural realizavam a distribuição para seus usuários.

Tabela 1 – Relação de materiais de consumo presentes nas UBSs e a frequência com que ficavam em falta no mês, Diamantina, 2014.

INSUMO	Nº DE UBS EM QUE SE ENCONTRAVAM PRESENTES OU AUSENTES		Coeficiente de diferença entre zona urbana e rural		FREQUÊNCIA COM QUE FICA EM FALTA NO MÊS			
	Presente	Ausente			Sempre	Quase Sempre	Quase Nunca	Nunca
Formulários	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	0	4	4	2
Fichas de atendimento	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	0	2	5	3
Luvas de procedimentos	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	0	0	7	3
Luva estéril	5	5	$\chi^2=4.00$	$p=0.261$	5	0	2	3
Máscara	9	1	$\chi^2=0.74$	$p=0.863$	1	1	2	6
Gorro ¹²	1	9	$\chi^2=0.74$	$p=0.863$	2	0	0	8
Lençol de papel	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	1	5	3	1
Gaze	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	1	5	4	0
Soro fisiológico	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	1	1	6	2
Seringa para insulina	8	2	$\chi^2=1.67$	$p=0.644$	2	1	4	3
Algodão	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	0	1	2	7
Álcool 70%	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	0	3	3	4
Espéculos ginecológicos	7	3	$\chi^2=1.27$	$p=0.736$	3	4	3	0
Saco para lixo comum	10	0	$\chi^2=0.00$	$p=1.000$	0	3	4	3
Saco para lixo contaminado	8	2	$\chi^2=1.67$	$p=0.644$	1	2	4	3
Caixa para pérfuro-cortante	7	3	$\chi^2=2.86$	$p=0.414$	4	1	4	1
Cartão de vacina	6	4	$\chi^2=4.44$	$p=0.217$	3	3	1	3

¹² Apesar de estar ausente em nove unidades pôde-se perceber que em oito o item gorro, nunca faltava durante o mês, é importante ressaltar aqui, que essas unidades não realizavam o pedido desse material, já que os profissionais não faziam uso do mesmo.

Foi solicitado aos enfermeiros que eles classificassem com que frequência os insumos listados ficavam em falta na unidade. A tabela 1 tem o objetivo de demonstrar em quantas unidades os itens relacionados estavam presentes e com que frequência os enfermeiros julgavam que havia falta mensal.

Quando indagados se na falta de algum material ou equipamento utilizavam de estratégias (catacreses), para realizar sua atividade de trabalho, todos informaram que sim, sendo que dois sempre o faziam e oito quase sempre. Ao responderem se utilizavam de estratégias para realizar uma tarefa ao julgarem como inadequado um material ou equipamento preconizado, seis disseram que quase sempre o faziam, três que quase nunca e um que nunca utilizava.

Como alguns autores (MOURA et al, 2010; BERTONCINI, PIRES e SCHERER, 2011) afirmam que as condições de trabalho podem influenciar a saúde dos trabalhadores, optei por investigar se os enfermeiros haviam necessitado de afastamento por motivos médicos no último ano e se eles relacionavam esses afastamentos com razões ligadas ao trabalho. Oito responderam que necessitaram de pelo menos um afastamento: quatro informaram que não havia relação entre o afastamento e as condições de trabalho; dois disseram que quase nunca havia relação; um respondeu que quase sempre havia e um respondeu que sempre houve relação (sendo esse com maior número de afastamentos).

Após avaliar todos os quesitos do questionário não encontrei diferença significativa entre unidades localizadas na zona urbana e rural. Pelo exposto acima, é possível observar que entre as UBSs avaliadas a maioria encontrava-se instalada em casas adaptadas, não eram abastecidas adequadamente de materiais e insumos, e na ausência desses, os enfermeiros buscavam estratégias para realizar seu trabalho, possivelmente, produzindo catacreses.

7.2 – Análise da estrutura física e material das UBSs *in loco*

Elegi a análise comparativa descritiva como a estratégia analítica para essa fase da pesquisa, ou seja, baseada em parâmetros do MS elaborei um *check list* que foi utilizado para comparação nas UBSs estudadas e posteriormente, realizei a descrição dos achados. Com o intuito de manter o anonimato dos profissionais que colaboraram com a pesquisa, optei por não identificar o bairro onde as UBSs estavam localizadas, dessa forma a apresentação das UBSs ficou por conta das especificidades das equipes e do perfil dos profissionais.

Os dois profissionais que participaram da pesquisa eram do sexo feminino, casados, naturais de Diamantina e com formação pela antiga Faculdade Federal de Odontologia de

Diamantina (FAFEOD), atual UFVJM, Enf.1 em 2000 e Enf.2 em 2004. Ambos tiveram experiências anteriores em outras estratégias e entraram na Prefeitura Municipal de Diamantina através de processo seletivo simplificado havia pouco mais de seis anos.

A UBS8 abrigava a ESF1, implantada em 1997. Na ocasião da coleta de informações era responsável pelo atendimento de 854 famílias (em torno de 4000 pessoas). A equipe era constituída por enfermeiro, dois profissionais médicos, quatro técnicos de enfermagem, seis ACSs, um odontólogo, um técnico de higiene dental, além de um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais.

A equipe da ESF2 era composta por um enfermeiro, um médico, quatro técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de serviços gerais, um dentista e um técnico de higiene dental (os dois últimos não estavam atuando quando da coleta das informações). Foi implantada em 2007 e na ocasião da pesquisa era responsável por cerca de 620 famílias, distribuídas nas zonas urbana e rural, sua sede estava instalada na UBS7.

As duas UBSs analisadas nessa fase encontravam-se instaladas em casas adaptadas para abrigarem a equipe de saúde da família. Em se tratando da estrutura física mínima recomendada, pude perceber que nenhuma das duas UBSs tinha todos os ambientes sugeridos como fundamentais para o funcionamento do serviço, concordando com o que havia sido dito no questionário pelos profissionais. A UBS8 chamava atenção por não ter seis (42,86%) dos quatorze setores recomendados e um ambiente, apesar de presente (sanitário para pacientes), não estava em número adequado.

Nenhuma das duas tinha consultório com sanitário, área para reuniões e educação em saúde, além de abrigo para resíduos sólidos. A ausência desses ambientes pode causar prejuízo para a organização e até mesmo qualidade do serviço como dito anteriormente. A saber, a falta de um abrigo para resíduos sólidos dificulta o cumprimento do plano de gerenciamento de resíduos sólidos que visa a diminuição de risco para a saúde do trabalhador e ao meio ambiente; a ausência de áreas para reuniões e educação em saúde tolhe a realização de ações de educação permanente da equipe e ações de promoção à saúde como grupos operativos; e a inexistência de consultórios com sanitário prejudica¹³ o atendimento à saúde da mulher, já que a presença do sanitário dentro do consultório facilita o fluxo de atendimento.

¹³ Prejudica mas não impossibilita que o atendimento ocorra.

Estudos como os de Moura et al (2010) e Bertoncini, Pires e Scherer (2011) mostram que as condições de trabalho influenciam na satisfação do profissional e a fala dos nossos sujeitos nas entrevistas, quando indagados sobre o sentimento que possuíam ao trabalhar em unidades que consideravam inadequadas fisicamente, confirma o que dizem esses estudos como pode ser observado a seguir.

*Ah... é ruim, porque assim, a gente é... quer fazer um trabalho legal com a população, você mostra que é importante você ter um local bom dentro da casa e tudo, sendo que a unidade você não tem, você não tem um espaço físico legal. Então isso traz **angústia** pra gente, às vezes você quer fazer um grupo maior, você não consegue. Enf. 1*

*[...] a gente sente uma **desvalorização dos profissionais** que trabalham ali, é, da própria população [...] avaliando a unidade, olhando as condições você muitas vezes não acredita que você possa, que aquela equipe possa prestar um serviço de qualidade. [...] Dá um **sentimento** sei lá **de tristeza** [...] muitas vezes dificulta o trabalho. Enf. 2*

Foi possível, através da fala de Enf.1, perceber como a ausência de uma sala de reuniões causava sentimentos angustiantes no profissional, além de dificultar algumas ações de promoção da saúde, uma vez que a unidade não tinha um espaço onde um maior número de pessoas podia ser alocado para a realização de grupos operativos maiores.

Sobre a análise dos equipamentos imprescindíveis para o funcionamento de UBS, onde está alocada uma ESF, de acordo com o Manual observei a mesma deficiência nas duas UBSs: ausência de central de nebulização com cinco saídas e de cadeira de rodas e número insuficiente de glicosímetro e foco com haste flexível. (Tabela 2)

TABELA 2 - Atendimento da quantidade de equipamentos imprescindíveis para UBS de acordo com o Manual de Estrutura Física das UBS/MS, Diamantina, 2014.

EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS	QUANTIDADE EXIGIDA	QUANTIDADE ENCONTRADA UBS8	QUANTIDADE ENCONTRADA UBS7
Caixa térmica para armazenar amostra de exames laboratoriais	1	1	1
Cilindro de oxigênio (preso em suporte)	1	1	1
Esfigmomanômetros adulto	3	3	3
Esfigmomanômetro infantil	1	1	1
Estetoscópios adulto	3	3	3
Estetoscópio infantil	1	1	1
Balança antropométrica adulto	1	1	1
Balança infantil	1	1	1
Régua antropométrica	1	1	1
Central de nebulização com 5 saídas	1	0	0
Nebulizador para uso em visitas domiciliares e em caso de danos à central de nebulização	1	1	1
Focos com haste flexível	2	1	1
Glicosímetro	2	1	1
Suporte de soro	1	1	1
Cadeira de rodas	1	0	0

Obs: O uso de cores diferenciadas foi utilizado para facilitar a visualização, sendo verde para os itens que atendiam ao preconizado e vermelho para aqueles que não correspondiam.

O mobiliário considerado indispensável para o funcionamento da UBS também apresentava inadequações nas duas unidades, como pode ser observado na tabela 3. Há de ressaltar que mesmo com a ausência de itens fundamentais, as unidades continuavam prestando assistência aos pacientes.

TABELA 3 - Atendimento da quantidade de mobiliário imprescindível nas ESFs de acordo com o Manual de Estrutura Física nas UBS/MS, Diamantina, 2014.

MOBILIÁRIO OBRIGATÓRIO	QUANTIDADE RECOMENDADA	QUANTIDADE ENCONTRADA	QUANTIDADE ENCONTRADA
		ESF1	ESF2
Biombo duplo	1	1	1
Armário vitrine	1	3	4
Estetoscópio de pinar	1	1	1
Detector ultra-sônico (fetal)	1	1	2 ¹⁴
Lanternas clínicas para exame	2	0	0
Negatoscópio	1	1	1
Oftalmoscópio	1	0	0
Otoscópio	1	0	1

Obs: O uso de cores diferenciadas foi utilizado para facilitar a visualização, sendo verde para os itens que atendiam ao preconizado e vermelho para aqueles que não correspondiam.

Em relação à estrutura física, de acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS (BRASIL, 2008), a sala de recepção e a sala de espera das UBSs com uma ESF podem estar alocadas em um mesmo ambiente, desde que seu espaço seja adequado e suficiente para acomodar pacientes e acompanhantes. Já a área administrativa deve ser anexa à anterior, mas em ambientes separados. O que se observou nas UBSs estudadas foi que um mesmo ambiente era utilizado como área administrativa, área de recepção e sala de espera. Na UBS8 eram duas salas amplas sem divisão por porta, com dimensão adequada para pacientes e acompanhantes. Os armários onde estavam acondicionados os prontuários estavam encostados no canto direito de quem entrava no ambiente pela porta principal e não interferiam no trânsito da equipe e pacientes. O mesmo não ocorria na UBS7, onde o espaço que alocava os três ambientes era inadequado por não comportar pacientes e acompanhantes. Ao adentrar pela porta principal, à direita existia uma bancada de mármore que não tinha uso específico e tumultuava o ambiente; os armários onde estavam arquivados os prontuários ficavam na parede de frente à porta e dificultavam parcialmente a circulação das pessoas.

As duas UBSs observadas tinham dois consultórios disponíveis, se assemelhando também por terem um consultório odontológico. Outra característica que aproximava as duas unidades é que nenhuma tinha consultório com sanitário, como dito anteriormente,

¹⁴ Apesar de possuir dois detectores um se encontrava sem a bateria que permitia seu funcionamento, por isso não era utilizado e o que estava em uso apresentava problemas de conservação, que não impediam, mas dificultavam muito a ausculta.

classificado como consultório ginecológico. Mesmo com essa situação, nas duas UBSs, o atendimento à saúde da mulher era realizado, ainda que distante das condições ideais. A ausência de um consultório com sanitário em uma unidade dificulta a realização desse atendimento específico e isso pôde ser comprovado durante as observações da atividade de trabalho do enfermeiro.

Visto isso, considere aqui como consultório ginecológico aquele onde estava instalada a mesa para exames ginecológicos onde o profissional de saúde – mais frequentemente o enfermeiro – realizava a coleta de exame citopatológico preventivo do câncer de colo do útero.

Os consultórios odontológicos foram relacionados no *check list* devido ao fato de que estratégias com saúde bucal, como era o caso das duas estratégias observadas, necessitam desse ambiente para o atendimento à população. Para realizar a verificação dos itens descritos no consultório odontológico da UBS8, foi preciso contar com a colaboração do odontólogo devido à minha falta de conhecimento a respeito do mobiliário e equipamento específicos. Nessa ocasião a profissional relatou que mesmo o consultório sendo relativamente novo se encontrava sem uso, pois, alguns materiais tidos como indispensáveis (ponta do equipo, válvula de segurança do compressor) estavam em falta. Apesar da UBS7 também ter um consultório odontológico montado, a verificação não foi feita já que no momento da coleta de informações não havia dentista na equipe e nenhum outro profissional tinha conhecimento dos equipamentos.

O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008), prevê duas salas de procedimentos e uma delas pode ser usada também para curativos. Na UBS8 existiam três salas de procedimentos: uma era utilizada para realização de medidas antropométricas, administração de medicamentos, teste do pezinho, entre outras atividades; uma para realização de curativos e outros pequenos procedimentos médicos como lavagem de ouvido; e uma exclusiva para vacina. É importante ressaltar aqui, que a sala de procedimento onde eram realizados os curativos tinha, conforme preconizado, lavatório e para a sala de vacina havia entrada independente e bancada com pia, em concordância com o previsto.

A UBS7 tinha duas salas de procedimento: uma para todos os atendimentos de enfermagem, exceto as consultas e aplicação de vacinas; e outra de uso exclusivo para vacina. A sala de procedimentos onde eram realizados os curativos não tinha lavatório como sugerido e a sala de vacina não tinha bancada com pia nem entrada independente.

Quanto ao fluxo de pessoas dentro da unidade, de acordo com a Portaria Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) “deve-se restringir o acesso desnecessário de usuários aos

ambientes, com o objetivo de conseguir maior controle de infecção”. Apesar de essa ser uma recomendação importante em qualquer serviço de saúde, uma inadequação me chamou a atenção na UBS7: o bebedouro, para uso da população, estava localizado na sala de vacina. A localização do equipamento tumultuava o atendimento tanto na sala de vacina como na sala de procedimentos – por essa ser anterior à sala de vacina – além de aumentar a circulação em áreas que deveriam ser preservadas, com uso restrito por aqueles que realmente necessitem do atendimento.

Algumas diferenças estruturais entre as UBSs analisadas foram percebidas. A UBS8 não tinha farmácia¹⁵, almoxarifado, nem sala de utilidades. Os medicamentos presentes na unidade foram doados por usuários e estavam acondicionados nos consultórios e sala de procedimento, sendo que essa última também abrigava estoque de materiais em armários de aço. A UBS7 por abrigar uma equipe urbano-rural era responsável por distribuir medicação para seus usuários, tendo, por essa razão, uma dependência para armazená-la. Esse mesmo espaço era também utilizado como almoxarifado e sala de utilidades.

TABELA 4 - Adequação quanto à estrutura física e mobiliário da Copa/Cozinha, de acordo com o Manual de estrutura física da UBS/MS, Diamantina, 2014.

COPA/COZINHA		
Preconizado Manual	UBS8	UBS7
Área mínima de 4,5m ² com dimensão mínima de 1,5m	Atendia	Atendia
Mesa para refeições	Atendia	Não atendia
Cadeiras	Atendia	Não atendia
Refrigerador	Atendia	Atendia
Quadro de avisos	Não atendia	Não atendia
Cesto de lixo	Atendia	Atendia
Micro-ondas	Não atendia	Não atendia

Obs: O uso de cores diferenciadas foi utilizado para facilitar a visualização, sendo verde para os itens que atendiam ao preconizado e vermelho para aqueles que não correspondiam.

As duas unidades tinham copa/cozinha, porém, com estrutura material diferente, conforme foi descrito na tabela 4. É válido ressaltar que, na UBS8 essa dependência era utilizada como ponto de apoio para os ACSs, quando esses se encontravam dentro da unidade, já que a mesma não tinha uma sala destinada a eles. O mesmo não ocorria na UBS7, apesar de também não ter uma sala para os ACSs, já que a copa/cozinha não tinha mobília que acomodasse esses profissionais para a realização das tarefas administrativas. Nessa última

¹⁵ A dispensação de medicamentos no município ocorria de forma centralizada para os usuários residentes na zona urbana, o que dispensava a necessidade dessa dependência na UBS8.

unidade dois ACSs eram responsáveis pela cobertura da área urbana, esses se revezavam para realizar o serviço administrativo da ESF2 – não existia auxiliar administrativo na equipe – e cada um permanecia dia sim, dia não, na recepção da unidade, utilizando-a como ponto de apoio.

Nenhuma das duas unidades analisadas tinha expurgo, central de esterilização de material, serviço de arquivo médico, abrigo de resíduos sólidos e sala de reunião. Em ambas a lavagem do material ocorria na pia da sala de procedimentos e o preparo do material para a esterilização ocorria em uma das salas de procedimento ou na sala de utilidades/almoxarifado/farmácia no caso da UBS7, o que gerava a possibilidade de uma contaminação cruzada. O arquivo médico de prontuários em ambas encontrava-se na sala de recepção/espera/administrativo. Sem a presença de um abrigo para resíduos sólidos os mesmos eram alocados em cada uma das UBSs, de acordo com a quantidade e volume, em áreas externas, de preferência cobertas.

A ausência da sala de reuniões nas UBS 7 e 8, assim como nas demais UBSs, era um fator que dificultava a realização de grupos operativos, palestras e a educação permanente dos membros das equipes. Isso vai ao encontro do estudo de Moura et al (2010) que afirma que a realização de atividades coletivas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade pode ser impedida pela ausência de sala de reuniões em grande parte das unidades.

Durante a aplicação do *check list* foi realizada a mensuração das portas de cada ambiente das UBSs, para verificar se essas estavam de acordo com o preconizado pelo Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008), que segue as especificações da NR9050/2004 da ABNT para acessibilidade. De acordo com a Norma Regulamentadora todas as portas devem ter largura mínima de 0,80m e altura mínima de 2,10m. Na UBS8 apenas a porta principal, que dava acesso à recepção/sala de espera/administrativo se enquadrava dentro desses critérios, as demais, apesar de terem altura superior à preconizada tinham largura inferior à mínima. Já na UBS7 nenhuma porta se enquadrava dentro dos critérios.

Além da estrutura física e de material permanente, busquei também conhecer a disponibilidade de materiais de consumo em cada UBS. Foi elaborada uma lista com os insumos mais consumidos mensalmente durante as atividades da ESF e usando-a como referência verifiquei se estavam disponíveis. Foi solicitado aos profissionais que informassem ausência de algum outro material, que por ventura não estivesse descrito na lista.

O quadro 1 traz a lista utilizada como parâmetro para a verificação e a disponibilidade desses insumos nas UBSs 7 e 8, onde pode-se perceber que a maioria dos insumos descritos estava presente nas unidades no momento da obtenção das informações e que não houve uma diferença significativa entre as ESFs.

Após a análise das informações coletadas através da observação *in loco* pude notar que essas coincidiam com as respostas dadas pelos enfermeiros no questionário sobre a estrutura física das UBS, onde afirmavam que as mesmas não se encontravam de acordo com as normas preconizadas pelo MS, por não terem todos os ambientes descritos no Manual (BRASIL, 2008), além de estarem inadequados quanto à acessibilidade. Apesar de apresentarem problemas na estrutura física, as duas UBSs se encontravam relativamente bem abastecidas quanto aos materiais permanentes que deviam equipá-las, principalmente, para as ações de saúde da mulher – pré-natal e preventivo de câncer de colo de útero – que foram foco das observações da atividade de trabalho do enfermeiro nessa pesquisa.

QUADRO 1 - Disponibilidade de insumos nas ESF 1 e 2, Diamantina, 2014.

MATERIAL DE CONSUMO	ESF1	ESF2	MATERIAL DE CONSUMO	ESF1	ESF2
Medicamentos	De doação	Disponível	Saco para lixo contaminado	Disponível	Disponível
Formulário requerimento citopatológico	Disponível	Disponível	Caixa de pérfuro cortante	Indisponível	Disponível
Formulário requerimento mamografia	Disponível	Disponível	Cartão de vacina adulto	Indisponível	Disponível
Formulário cadastro SISPRENATAL	Indisponível	Disponível	Cartão de vacina infantil	Indisponível	Disponível
Formulário acompanhamento SISPRENATAL	Disponível	Disponível	Abaixador de língua	Disponível	Disponível
Cartão da gestante	Disponível	Disponível	Agulha 25x7	Disponível	Disponível
Cartilha da gestante	Indisponível	Disponível	Água sanitária	Disponível	Disponível
Fichas de atendimento	Disponível	Disponível	Sabonete líquido	Disponível	Disponível
Luvas de procedimento	Disponível	Disponível	Toalha de papel	Disponível	Indisponível
Luva estéril	Disponível	Indisponível	Papel higiênico	Disponível	Disponível
Máscara	Disponível	Indisponível	Gel para ultrassom	Disponível	Disponível
Gorro	Disponível	Indisponível	Atadura	Disponível	Disponível
Lençol de papel	Disponível	Disponível	Esparadrapo	Disponível	Disponível
Gaze	Disponível	Disponível	PVPI tópico	Disponível	Disponível
Soro fisiológico	Disponível	Disponível	Ácido acético	Indisponível	Indisponível
Seringa para insulina	Disponível	Disponível	Solução de Schiller	Indisponível	Indisponível
Algodão	Disponível	Disponível	Fio para sutura	Disponível	Disponível
Álcool 70%	Disponível	Disponível	Anestésico	Disponível	Disponível
Espéculos ginecológicos ¹⁶	Disponível	Disponível	Receituário ¹⁷	Indisponível	Disponível
Saco para lixo comum	Disponível	Disponível	Solicitação de exame para gestante ¹⁸	Indisponível	Disponível

¹⁶ Apesar de disponíveis nas duas UBS, havia nessas somente o tamanho M. Embora esse seja o tamanho mais utilizado, em alguns casos específicos pode ser necessário o uso de um tamanho maior ou menor para a realização do exame.

¹⁷ A indisponibilidade do receituário foi informada pelo profissional, esse item não estava descrito na lista original.

¹⁸ Idem ao 17.

7.3 – Análise das Observações

Antes de apresentar as análises acerca das observações realizadas é necessário descrever o que preconiza o MS através dos Cadernos de Atenção Básica – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013) e Atenção ao Pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012) – sobre o espaço físico, os materiais que devem ser utilizados para a realização dos atendimentos e a forma de realizá-los, uma vez que a estratégia analítica aplicada para esse item consistiu em análise descritiva comparativa, com o uso desses Cadernos como referência.

Para a coleta do exame citopatológico (papanicolau) no consultório ou sala de coleta é prescrito que estejam presentes mesa ginecológica, escada dois degraus, mesa auxiliar, foco de luz com cabo flexível, biombo ou local reservado para troca de roupa, cesto de lixo. Os materiais específicos necessários para a coleta: espéculo de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis; se o instrumental for metálico deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes; balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável; lâminas de vidro com extremidade fosca; espátula de Ayre; escova endocervical; par de luvas descartáveis; pinça de Cherron; solução fixadora, álcool a 96% ou spray de polietilenoglicol; gaze; recipiente para acondicionamento das lâminas mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela unidade, tais como: frasco porta-lâmina, tipo tubete, ou caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas; formulários de requisição do exame citopatológico; fita adesiva de papel para a identificação dos frascos; lápis grafite ou preto nº 2; avental ou camisola e lençóis, preferencialmente descartáveis – caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à roupa para lavagem, segundo rotina da unidade básica de saúde.

Antes da coleta do exame o profissional deve identificar a usuária, colher sua história clínica (registro no prontuário), preencher o formulário para requisição de exame citopatológico, preparar a lâmina onde o material que será coletado vai ser depositado – se necessário limpá-la com gaze, identificá-la na parte fosca com o auxílio do lápis preto nº2 ou grafite, identificar o frasco ou a caixa de porta lâmina; solicitar que a usuária esvazie a bexiga e troque sua roupa, em local reservado, por uma camisola ou avental.

Ao apresentar o procedimento de coleta, tenho como objetivo exemplificar como o Caderno de Atenção Básica – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013) preconiza que sejam feitos os atendimentos para que a discussão das observações seja fundamentada. Assim é preconizado que o profissional de saúde lave as mãos com água e

sabão e seque-as com papel-toalha, antes e após o atendimento. Em seguida a mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível e coberta com um lençol. O foco de luz deve ser posicionado para maneira garantir uma boa iluminação da região genital da mulher. Dando prosseguimento, o profissional deve colocar as luvas descartáveis para iniciar o exame.

Colocar o espéculo que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Não deve ser usado lubrificante, mas em casos selecionados, principalmente em mulheres idosas com vaginas extremamente atroficas, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico. Caso haja necessidade, após o exame, o enfermeiro deve terminar o atendimento dando prosseguimento aos procedimentos necessários (pode haver a necessidade de solicitar exames, prescrever alguma medicação ou encaminhamento da paciente – existe impressos próprios para cada um desses procedimentos).

Na ESF1 foram realizadas 16 observações, metade dessas durante a realização do preventivo. Mesmo tendo sido feitas em datas diferentes, em todas as observações o consultório estava abastecido com todos os equipamentos preconizados pelo MS. A respeito dos materiais específicos para a coleta, no município eram fornecidos para as UBSs kits ginecológicos que continham: um espéculo descartável; uma caixa com lâmina; uma espátula de Ayre; escova endocervical; luva descartável. O fixador em spray utilizado na unidade também é padronizado pela prefeitura.

Em todos os atendimentos observados o procedimento foi feito de forma semelhante e de acordo com o preconizado no Caderno de Atenção Básica.

Inicialmente o enfermeiro realizava uma entrevista com preenchimento do formulário em impresso próprio, em seguida identificava a lâmina com lápis grafite e sua caixa. A paciente trocava de roupa atrás do biombo. As camisolas utilizadas para os exames eram descartáveis e foram doadas pela Universidade – as camisolas da unidade fornecidas pela prefeitura eram de pano e laváveis.

Após a troca de roupa, antes de posicionar a mulher para a coleta, o enfermeiro orientava sobre o autoexame das mamas e, em seguida, realizava a avaliação das mamas. Na sequência posicionava a usuária na maca ginecológica para coleta do material para o exame citopatológico. As coletas foram realizadas conforme o preconizado, sem o uso de nenhum instrumento diferente do habitual e sem empregar novo uso às ferramentas.

As variações que ocorreram entre os atendimentos e serão apresentadas a seguir, se deram após a coleta do exame, nos desdobramentos da consulta de enfermagem, nesse momento apareceram também discretas catacrese.

Na OBS2 solicitou em impresso próprio, uma mamografia para a usuária, já que a mesma possuía idade dentro do recomendado para mamografia de rastreamento. Na OBS11 a paciente apresentou queixas urinárias e de dificuldades para engravidar, por esse motivo foi encaminhada para o CISAJE (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha) em formulário próprio. Devido à queixa urinária se fazia necessário a solicitação de um exame de urina, como não havia a folha apropriada para solicitação do exame pelo SUS, a mesma foi realizada no receituário (que não era o formulário específico), para que a paciente arcasse com a despesa, essa utilização de um impresso que não era o adequado, é considerada uma catacrese.

Após a coleta do exame e por se tratar de usuária com idade entre a recomendada para investigação de câncer de mama pela mamografia de rastreamento, na OBS13 houve a solicitação de mamografia e prescrição de medicamento, ambos em formulário próprio.

Na ESF2 a organização da sala para as coletas de citopatológico de câncer de colo de útero foi a mesma em todas as observações realizadas. Nessa unidade foram realizadas 15 observações, sendo que nove dessas relativas ao exame preventivo de câncer de mama e colo do útero. No consultório estavam presentes quase todos os mobiliários preconizados pelo Caderno de Atenção Básica – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com exceção do biombo, apesar da unidade possuir um. O enfermeiro informou que o emprego do mesmo na sala, a tumultuaria já esta contava com grande quantidade de mobiliário. Dessa forma, na hora da usuária realizar a troca da roupa pela camisola para realizar o exame, duas estratégias para minimizar o desconforto e constrangimento da mulher foram tomadas: o enfermeiro ficava de costas para a paciente ou se retirava do consultório por alguns minutos até dar o tempo da troca. O mesmo procedimento ocorria após a realização do exame.

Assim como na ESF1, na ESF2 o procedimento de coleta em todas as observações se deu conforme o preconizado e de maneira muito sistematizada, com apenas algumas variações, onde também se puderam observar catacrese.

Durante o atendimento da OBS15 a paciente apresentou queixas urinárias e inquietações com o relacionamento conjugal que a levavam o interesse de realizar sorologia para HIV, dessa forma, após a realização do exame, a mesma foi encaminhada ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para HIV/AIDS através de um formulário próprio e foi

solicitado para a mesma, um exame de urina, como não havia cota pelo SUS, a solicitação foi feita em uma folha de receituário, para que a usuária arcasse com o custo. O uso da folha de receituário para solicitação de exames caracteriza-se aqui como catacrese.

Nas OBS17 e OBS23 foi preenchido o formulário próprio para requerimento de mamografia, já que as usuárias se encontravam dentro da faixa etária recomendada para essa solicitação. Foi realizada a prescrição de medicação no receituário adequado para as usuárias das OBS22, OBS28, OBS29 e OBS31, além de encaminhamento em formulário próprio para as OBS22 e OBS30.

Nas consultas de enfermagem onde se deram as OBS29 e OBS31, as pacientes realizaram queixas importantes e havia a necessidade de investigação através de exames laboratoriais, e como na ocasião não havia mais disponibilidade da solicitação de exame fornecida pela secretaria de saúde, a solicitação nesses dois casos, a exemplo da OBS15, foi feita no impresso de receituário, para ser custeado pela paciente.

Além das consultas de preventivo do câncer do colo do útero e de mama, foi observado nas duas UBSs o atendimento ao pré-natal. Sobre esse atendimento o Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012) preconiza que na primeira consulta deve-se realizar o preenchimento da ficha cadastro no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), assim como preenchimento do cartão da gestante e do prontuário. É necessário solicitar exames, verificar a situação vacinal da gestante e sua história clínica. Deve-se realizar o exame físico da gestante atentando para a avaliação nutricional; aferição da pressão arterial; avaliação das mucosas, mamas, pulmões, coração, abdome, extremidades. Se o preventivo de câncer de colo de útero não estiver atualizado, deve ser realizada a coleta do material para exame citopatológico. Após a 12ª semana gestacional durante o exame físico além dos passos anteriores é necessário realizar a medida da altura do fundo do útero (auxílio de uma fita métrica); cálculo da idade gestacional (uso do calendário ou gestograma); pesquisa de edema; se houver necessidade prescrição de medicamentos (receituário); ausculta fetal com uso do Sonar-doppler ou Pinard, esse último utilizado após a 20ª semana.

Nas duas ESFs os consultórios onde os atendimentos de pré-natal eram realizados encontravam-se adequadamente mobiliados e equipados. Porém, é importante ressaltar que nas duas equipes o detector fetal, apesar de estar presente e em uso, apresentava mau contato no fio o que dificultava seu uso, mas não impedia.

Os procedimentos durante os atendimentos de pré-natal na ESF1 seguiram, na maioria das vezes, uma sequência comum, a saber: preenchimento do cartão da gestante e do prontuário; cálculo da idade gestacional com o auxílio do gestograma; cobertura da mesa ginecológica com lençol de papel; uso da escada de dois degraus, para que a gestante subisse na maca; aferição da pressão arterial; medida da altura uterina com o uso da fita métrica; gel para ultrassom e detector fetal para ausculta dos batimentos fetais; papel toalha para limpar a barriga da gestante.

Através das observações da atividade de trabalho dos enfermeiros, meu intuito era perceber se os profissionais utilizariam de estratégias diferentes das preconizadas para a realização da sua tarefa. Nesse momento poderiam surgir catacreses por adaptação de algum material ou pela sua falta. O que pôde ser observado ao fim das 31 observações nas duas estratégias é que o material básico preconizado para as ações de saúde da mulher estava disponível nas duas UBSs e que as catacreses realizadas estavam relacionadas à utilização de folhas de papel A4 e formulário inadequado, enquanto que deveriam ser disponibilizados em números suficientes formulários adequados a cada situação específica.

Para finalizar as análises das observações pode-se concluir que as duas UBSs não tinham consultório com sanitário o que dificulta as ações de saúde da mulher. A ausência de sanitário além de gerar constrangimento para a usuária, alonga o tempo gasto no atendimento (necessidade de se vestir para sair do consultório para ir ao sanitário), o que pode comprometer a agenda do dia.

Referente às ferramentas necessárias para a execução das ações da saúde da mulher observou-se que nas UBSs todas encontravam-se presentes, com exceção de formulários próprios, fato esse que propiciou produção de catacreses.

7.4 – Análise das Entrevistas

Como descrito anteriormente no método foi realizada uma entrevista com cada profissional antes da observação da sua atividade de trabalho. Nessa entrevista busquei conhecer aspectos da vida profissional de cada um dos enfermeiros e seus sentimentos frente à sua realidade de trabalho. Para Medeiros *et al* (2010) os profissionais, considerados atores, precisam de condições de trabalho e instalações adequadas para efetuarem seu trabalho de forma digna e com qualidade. A falta de estrutura adequada nas unidades de saúde distribuídas pelo Brasil não garante um ambiente de conforto e com condições adequadas de

trabalho para os profissionais, como também ambiente adequado de espera e atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas.

Acredito ser importante nesse momento relembrar os conceitos das categorias sentido e significado dentro da perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica e para isso é necessário relembrar a concepção de homem, como um ser social, ativo, histórico, constituído na e pela atividade e que segundo Aguiar e Ozella (2013) “ao mesmo tempo, esse mesmo homem expressa sua singularidade, o novo que é capaz de produzir, os significados sociais e os sentidos subjetivos”. (SANTOS e LEÃO, 2012; FREITAS, 2002; AGUIAR, 2000, AGUIAR e OZELLA, 2013)

Ainda de acordo com Aguiar e Ozella (2013) os significados apesar de dicionarizados, são também transformados no movimento histórico e é através deles que é possível a comunicação e a socialização de experiências. “Os significados referem-se, assim, aos conteúdos instituídos, mais fixos, compartilhados, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades”. Já os sentidos estão ligados às necessidades que movem o sujeito, eles estabelecem uma articulação entre os eventos psicológicos e a realidade vivida pelo sujeito, “constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade”. (AGUIAR E OZELLA, 2013)

Na busca de se conhecer os sentidos e significados atribuídos pelos enfermeiros sobre sua realidade de trabalho foram elaboradas questões relacionadas às expectativas referentes à atividade de trabalho, referentes à execução do trabalho prescrito, opiniões, impressões e sentimentos referentes à equipe em que atuavam, referente a ser funcionário da prefeitura e, finalmente, referente à estrutura física, material e organizacional da ESF em que trabalhava.

A estratégia utilizada para análise da fala dos participantes foi a proposta por Aguiar e Ozella (2006) de núcleos de significação. Após a transcrição das entrevistas áudio-gravadas iniciei o processo de leitura flutuante no material, com a finalidade de me apropriar do conteúdo presente. Através dessas leituras foi possível perceber palavras que chamavam a atenção por se repetirem, se complementarem ou se contradizerem e pela carga emocional presente, esses são denominados pré-indicadores.

Em seguida os pré-indicadores identificados foram agrupados por se complementarem ou contradizerem para a formação dos indicadores. Esses passaram por novo processo de aglutinação para a construção dos núcleos de significação, a finalidade dessa construção é sintetizar as mediações que constituem o sujeito no seu modo de pensar, sentir e agir.

(AGUIAR e OZELLA, 2013). Os quadros com os pré-indicadores e indicadores formados se encontram no final do volume como Apêndices I, J, L e M.

Vale destacar aqui, que os pré-indicadores e indicadores foram identificados separadamente nas duas entrevistas, depois todos os indicadores foram aglutinados para a formação de núcleos de significação comuns a todo material.

A seguir apresento os núcleos de significação formados que serão trabalhados adiante.

Indicadores	Núcleos de Significação
A visão do profissional sobre o que é ser enfermeiro: profissão muito boa, apesar da desvalorização	O enfermeiro: o cuidar, as expectativas ao iniciar o serviço e as múltiplas funções desenvolvidas
O que é ser enfermeiro: entre a arte do cuidar e o poder de administrar	
Expectativa em relação ao trabalho	
Expectativa de organizar o serviço mesmo sabendo que as dificuldades não seriam poucas	
O trabalho do enfermeiro na ESF: “Tá muito pesado, é muito serviço”	
“O enfermeiro [na ESF] ele exerce função demais”	
Você não tem um espaço físico legal na UBS	Os impedimentos encontrados para realização da atividade de trabalho dos enfermeiros e a necessidade de mudanças para a melhoria das condições de trabalho
As condições materiais geram um sentimento de desvalorização para o profissional	
“A gente sabe que a estratégia saúde da família ela não é postão de saúde, mas acaba que a promoção, a prevenção fica um pouco de lado”	
“A prefeitura tá longe da gente, ela tá distante”	
“A gente precisaria ter uma coordenação que a gente sentir mais segurança em discutir as coisas, sem medo”	
O contrato de trabalho estabelecido não dá segurança	
Estratégias que utilizaria para melhorar a coordenação	
Valorização profissional e melhorias das condições de trabalho como necessários	
“A equipe da [ESF] é ótima de trabalhar”	As relações profissionais que fortalecem o enfermeiro e aumentam seu poder de agir
A importância da equipe da ESF	
“Eu improviso”	O uso de estratégias para obter êxito na realização da atividade de trabalho
“Dando aquele jeitinho brasileiro, né?”	

É preciso ressaltar ainda que todos os núcleos possuem uma articulação entre si e o intuito de estudá-los separados se fez pela necessidade de aprofundar alguns conteúdos em sua especificidade. Passemos então, ao primeiro núcleo de significação.

Núcleo 1: O enfermeiro: o cuidar, as expectativas ao iniciar o serviço e as múltiplas funções desenvolvidas

A enfermagem sempre esteve associada à palavra cuidar. Porém, se em sua origem estava ligada à caridade, à devoção e ao cuidado inerente, principalmente relacionado às atividades pertinentes às mulheres, hoje o cuidar envolve muito mais que essas concepções iniciais. Para Ferreira (2011) “o cuidado de enfermagem se faz com arte e ciência e, neste intento, há que se considerar que o sentido de nossa ciência, da enfermagem, está na prática, espaço de exercício de sua arte, campo de aplicação de seus conhecimentos”. Na definição de Waldow (2006) é “através da enfermagem que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza”.

A opinião dos sujeitos dessa pesquisa vai ao encontro com a definição de Waldow, em que o cuidar está presente, porém sozinho não é responsável por definir a profissão, para eles é preciso aliar o conhecimento científico.

*Eu acho que ser enfermeiro é ter consciência que uma das coisas principais é você **cuidar**, né? **Cuidar do outro, ter responsabilidade**. [...]É... eu acho que é estudo, ser enfermeiro é **ter conhecimento teórico, ter conhecimento básico pra você poder atuar**, porque só também ter é... questão de gostar de cuidar não adianta. Você tem que **ter embasamento teórico** também. Então eu acho que pra você ser enfermeiro primeira coisa **tem que ser profissional, tem que ser capacitado** pra você ser um bom profissional. Enf.1*

*a **enfermagem é a arte do cuidar**, eu acho que o enfermeiro tem esse olhar, é esse **olhar mais holístico para o paciente**, é... a preocupação mesmo com, acho que **tá na formação** a questão da preocupação com a prevenção, com os cuidados básicos, né? O enfermeiro eu acho que **tá na formação dele**, é... eu acho que ser enfermeiro é realmente preocupar de uma forma geral com o indivíduo, é ter né, é ter é... é assim um poder, poder de, de, poder de, como eu posso dizer, é... de chefiar, de administrador também. Eu acho que isso **tá na formação também do enfermeiro**. E a gente precisa, precisa disso, né? O enfermeiro, ele, ele, sempre onde ele está ele é referência da equipe, né? Ele precisa se portar dessa forma. Eu acho que é isso. Enf.2*

De fato é importante para a formação e atuação profissional do enfermeiro essa desnaturalização do cuidar que ambos os enfermeiros apresentaram. O cuidar não é um “dom” que nasce com alguns, não é um “dom” que qualifica o enfermeiro para o exercício de sua profissão. O cuidar necessário aos profissionais de enfermagem é, antes de tudo, o resultado da construção do conhecimento teórico-técnico-prático, que habilita o profissional no trato respeitoso, competente e responsável com seu paciente. Afirmo ainda que é esse cuidar que possibilita a relação de confiança entre enfermeiro e paciente, permitindo assim maior adesão ao tratamento.

Apontando para a questão das expectativas iniciais, vejamos os que disseram os enfermeiros

Quando começou eu achava assim que a gente ia conseguir mudar as coisas, né? Fazer uma saúde ideal, pra que você pudesse trazer... a gente chega muito empolgado achando que você vai mudar a qualidade de vida das pessoas, as condições de vida, o acesso, mas a gente chega muito empolgado, porque lá onde eu trabalhava a gente conseguia fazer muita coisa, muita, muita coisa [...] eu cheguei aqui assim, muito animada, muito mesmo. Expectativa muito boa, com muita animação, achei assim que por ser uma cidade maior que a gente teria muito acesso há muitas coisas, né? Ter contato com outros colegas de serviço isso é essencial, porque quando eu trabalhava lá eu ficava muito sozinha, porque era eu sozinha mesmo, então não tinha muito contato. Cheguei aqui com expectativa de estudar de fazer novos cursos, então assim, cheguei com uma expectativa maravilhosa. Enf.1

Desvela-se na fala acima sentimentos iniciais de animação, empolgação. Para esse profissional muitas das suas expectativas se concretizaram “Muita coisa. Estudei, fiz muito curso, to fazendo mestrado. Tenho contato com vários colegas, isso é ótimo, a gente tem outras experiências, você consegue compartilhar, né, com outros médicos, com outras vivências, isso é maravilhoso”.

O Enf.2, também relatou que tinha boas expectativas iniciais. Vejamos seu relato:

comecei assim, com a... com, realmente com a vontade, com muita vontade de organizar o serviço, de... né de fazer muita coisa. Apesar de ser, eu sabia, as minhas expectativas também eu já imaginava que não seriam, que as dificuldades que eu encontraria não seriam poucas, porque era uma unidade, eu sabia que era uma unidade rural e urbana, com uma área rural muito ex, assim, muito extensa com uma distância entre uma localidade e outra muito, muito grande e eu sabia que eu ia ter muitas dificuldades. Enf.2

Chamo atenção aqui para diferenciação nas condições de trabalho existente para os dois enfermeiros: Enf.1 iniciou sua atividade de trabalho em uma ESF já organizada, em funcionamento e estruturada, enquanto Enf.2 iniciou sua atividade de trabalho já prevendo das dificuldades que encontraria, já que teria que estruturar o serviço e também por se tratar de uma ESF urbana-rural, e, mesmo assim, ao iniciar não demonstrava desânimo e sim, vontade de fazer, de acertar.

Podemos perceber que ambos os participantes tinham boas expectativas iniciais sobre a atividade de trabalho, contudo, com o passar do tempo e diante da realidade vivida, a motivação inicial vai dando lugar ao desânimo e desilusão como pode ser comprovado na fala seguinte

Só que a gente perde um pouco assim, a gente fica meio, meio um pouco desempolgado, porque a gente sabe que as coisas não caminham tão quanto deveria, né? É mais dificuldade pra marcar as consultas, né, as coisas são muito demoradas pela prefeitura, às vezes atrapalha um equipamento você fica tempos e tempos tentando consertar aquilo, as unidades de saúde elas são casas adaptadas, então a gente não tem muita facilidade para fazer grupos, isso eu não to justificando que eu não faço. A gente faz grupos, mas não quanto deveria, a gente assim, não tem umas salas pra poder fazer reunião com os agentes de saúde, então a gente fica meio assim, perde um pouco aquela empolgação de antes. Eu acho também que a coordenação fica muito distante da gente, a gente às vezes solicita algumas coisas, as coisas demoram muito, é, pedidos de exames, às vezes você fica, vê que o paciente não resolve aquelas, coisas complicadas que não resolvem, então isso vai desmotivando a gente. Então eu perdi um pouco de motivação depois que eu cheguei, assim, eu fiquei muito tempo muito empolgada, depois você vai ficando um pouco desiludida pela realidade que não é a mesma de um município muito pequeno igual eu trabalhava. É um sentimento assim de angústia, de querer resolver, querer fazer e a gente não con, não conseguir lá na frente fazer porque tem coisas que barram, não depende só da gente, então é um sentimento de angústia de às vezes frustração, que a gente não consegue resolver o que precisava. Enf.1

Pode-se perceber que os sentidos atribuídos às reais condições de trabalho encontradas foram desempolgação, desmotivação, desilusão, angústia e frustração.

Destaca-se que as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF no dia-a-dia são múltiplas e englobam a assistência, a gerência e a responsabilidade pela educação/formação

tanto da população como dos outros membros da equipe. Esse acúmulo de funções pode tornar o processo de trabalho muito estressante para o profissional comprometido em proporcionar um bom andamento do serviço, principalmente quando associado às dificuldades existentes. (VILLAS BÔAS, ARAÚJO e TIMÓTEO, 2008)

Estas funções estão descritas na PNAB e são de conhecimento dos profissionais de enfermagem como demonstram Enf.2 e Enf.1 – “[função] De assistencial, coordenação e administração da equipe” Enf.2 e “a gente tem a função administrativa, que é a parte burocrática [...] você coordenar o serviço, equipamentos [...] avaliar o serviço dos agentes [...] ajudar os médicos” Enf.1.

Estudos como o de Villas Bôas, Araújo e Timóteo (2008), demonstraram que grande parte dos profissionais se queixa desse acúmulo de funções, do desgaste e estresse que causam. As falas de Enf.1 e Enf.2 apresentadas a seguir vão ao encontro desses achados.

*Outra coisa que a gente tem que fazer também é... **avaliar o serviço dos agentes** que é muito pesado, né? Então a gente tem que **avaliar** também o serviço como é que tá sendo feito dos **técnicos** e dos agentes, **ajudar o médico** às vezes em alguma consulta que ele precisa, né? Os encaminhamentos, [...], então, **tá muito pesado, é muito serviço.** Enf.1*

*Não, **todas as tarefas não são realizadas** porque a gente não dá conta, a gente não consegue, a gente realmente, é... nós temos inúmeras, inúmeras tarefas desde, desde essa questão de administrar, de administrador e assim, ter que prestar assistência, realizar consultas de enfermagem, né, os atendimentos nos grupos específicos a gente não consegue fazer tudo, né? Então assim, eu acho que o enfermeiro, ele exerce função demais, atividade demais, não função. Enf.2*

Assim, as significações atribuídas pelos sujeitos a esse fato são de desgaste, cansaço, peso, sobrecarga e consequentemente, desmotivação. Portanto, confirmo os achados dos pesquisadores anteriormente citados e reafirmo que a sobrecarga de funções afeta a qualidade do serviço prestado, bem como causa no sujeito frustrações, angústia e adoecimento.

Vale destacar sobre o acúmulo de funções que os enfermeiros relataram, que não conseguiam realizar “todas” as tarefas prescritas: “*Não, todas as tarefas não são realizadas porque a gente não dá conta, a gente não consegue*”, às vezes era necessário assumir responsabilidades que não eram de sua alçada devido ao comprometimento que tinha com seus pacientes/usuários “*[...] já aconteceu várias vezes de a gente ter que **assumir***

*responsabilidades que não é da competência, mas o é... assim, o compromisso como paciente às vezes você assume certos compromissos". É desvelado nessas situações sentimentos de preocupação e medo "É... é de **preocupação**, né, porque às vezes pode acontecer algum problema com a gente, eu sei que **vou ter que responder por aquilo** caso alguma coisa acontecer e também assim de **desorganização de serviço**".*

Agora que os sentidos acerca da profissão, das expectativas e das múltiplas funções do enfermeiro já foram desvelados, sigo em busca no próximo núcleo das significações atribuídas pelos profissionais aos impedimentos encontrados, para a realização da sua atividade de trabalho e a necessidade de mudanças.

Núcleo 2: Os impedimentos encontrados para realização da atividade de trabalho dos enfermeiros e a necessidade de mudanças para a melhoria das condições de trabalho

Como foi dito no capítulo teórico a atividade prescrita/tarefa é diferente da atividade realizada, uma vez que o trabalho prescrito é aquilo que a hierarquia, a organização impõem, como um conjunto de normas e regras que devem ser cumpridas. A atividade realizada é o que o trabalhador efetivamente faz, é o resultado da sua atividade frente às reais condições de trabalho vivenciadas por estes. (CLOT, 2007; MURTA, 2008; ZAMBONI e BARROS, 2012)

Baseada na ideia de atividade realizada busquei nas falas dos sujeitos os sentidos atribuídos aos impedimentos encontrados para a realização da atividade prescrita. Os impedimentos que me chamaram atenção foram a inadequação da estrutura física e material; a insegurança quanto ao contrato de trabalho estabelecido e a distância entre a gestão e as equipes das ESFs.

De acordo com a OMS (2008) a ausência de estrutura física adequada é uma realidade comum nas instalações das ESFs em todo Brasil. A maioria das estratégias está alocada em casas adaptadas que não oferecem uma estrutura adequada para a realização de todas as atividades de promoção e prevenção, foco principal da estratégia.

Esse mesmo panorama pôde ser percebido no município de Diamantina tanto na observação realizada *in loco*, como também através da aplicação dos questionários onde a maioria dos enfermeiros respondeu que suas unidades se encontravam alocadas em casas adaptadas – apenas uma funcionava em um imóvel construído para tal fim – e apenas dois enfermeiros consideravam que o imóvel estava de acordo com as normas do MS para infraestrutura de UBS.

No discurso dos profissionais foi possível apreender as significações frente às dificuldades e aos impedimentos encontrados por atuarem em casa adaptadas, sem estrutura física adequada e o descontentamento com a estrutura organizacional do serviço.

*Só que a gente perde um pouco assim, a gente fica meio, meio um pouco **desempolgado**, porque a gente sabe que as coisas não caminham tão quanto deveria, né? É mais dificuldade pra marcar as consultas, né, as coisas são muito demoradas pela prefeitura, às vezes atrapalha um equipamento você fica tempos e tempos tentando consertar aquilo, as **unidades de saúde**, elas são **casas adaptadas**, então a gente **não tem muita facilidade para fazer grupos**, isso eu não to justificando que eu não faço Enf.1*

*a gente assim, **não tem umas salas pra poder fazer reunião com os agentes de saúde**, então a gente fica meio assim, **perde um pouco aquela empolgação de antes**. Enf.1*

*[...] **você mostra que é importante você ter um local bom, dentro de casa e tudo, sendo que a unidade você não tem, você não tem um espaço físico legal**. Então isso traz **angústia** pra gente, às vezes você quer fazer um grupo maior, você não consegue, né? Enf.1*

***desorganização** quanto a material, **falta de coisas mínimas**, muitas vezes, é... **desorganização da rede**, da própria rede e assim, a gente **frustra muito** porque às vezes você quer ver uma, uma resolutividade, você quer ter uma resolutividade e você não consegue, porque não depende só do seu serviço, **você precisa de toda uma rede integrada**, você não vê isso. Enf.2*

*o sentimento a gente vê que, a gente sente uma **desvalorização dos profissionais que trabalham ali**, é, da **própria população**, que muitas vezes você olha, você olha a unidade, você avalia, né, avaliando a unidade, olhando as condições você muitas vezes você não acredita que você possa, que aquela equipe possa prestar um serviço de qualidade se você chega e vê uma unidade, como o paciente chega e... olha uma unidade, né, em certas condições... Enf.2*

Como pôde ser percebido os sentidos atribuídos eram de desmotivação, angústia, frustração, desorientação, impotência, isolamento e desamparo.

Antes de dar prosseguimento com as outras falas chamo atenção aqui para o final da primeira fala “[...] **as unidades de saúde, elas são casas adaptadas, então a gente não tem muita facilidade para fazer grupos**, isso eu não to justificando que eu não faço”, onde o enfermeiro relatava a dificuldade de fazer grupos por não possuir um ambiente adequado para tal, isso vai ao encontro com o que afirma Moura et al (2010) onde a ausência de um espaço físico adequado prejudica a realização de atividades educativas, que gera uma importante

implicação: as ações principais características do modelo de atenção da ESF, pautado na prevenção e promoção são deixadas de lado por não existir um espaço físico que as favoreça.

Foi possível perceber em outros trechos da entrevista de Enf.1 que o “deixar de lado” é uma ação consciente, ele sabe que não cumpre a tarefa prescrita, e esse fato causava sentimentos de frustração e angústia

Uma das coisas que a gente deixa de fazer muito, que tem que fazer é a promoção em saúde [...] a gente acaba que não tem tempo pra fazer a promoção em saúde [...] a gente atende, atende muito [...] e acaba que a prevenção ela fica um pouco de lado [...] Aí a gente fica frustrado, a gente sabe que a estratégia saúde da família ela não é postão de saúde, ela não é pra ficar aqui só na parte curativa [...] Você sai, vai embora pra casa e fala assim: Poxa, eu to acabada, esgotada e não fiz o que eu deveria ter feito. Enf.1

Observa-se portanto, que temos como fatores impeditivos das ações de prevenção e promoção da saúde, além das múltiplas funções acumuladas, apontadas anteriormente, a falta de estrutura arquitetônica adequada.

Na fala seguinte pode ser observado que além do ambiente inadequado refletir negativamente na atividade do enfermeiro, essa inadequação, segundo a visão do profissional, reflete também na percepção do paciente/usuário, gerando nele sentimentos de desvalorização e, ousou acrescentar, desrespeito por parte do sistema.

Um ambiente agradável, tudo isso faz parte também, até mesmo da quali, melhora lógico a qualidade do seu, da sua prestação de serviço, né, o paciente se sente mais, ele se sente mais à vontade, mais, ele sente também que ele tá sendo valorizado porque ele tá num ambiente, né, mais aconchegante, né. Acho que isso também influencia de certa forma. Enf.2

A ausência de estrutura física e material ideal também pôde ser comprovada durante a observação *in loco* das UBS, como apresentado anteriormente, nenhuma das duas tinha todas as dependências descritas no Manual, algumas vezes tendo um mesmo espaço mais de uma finalidade, além de não possuírem condições de acessibilidade adequadas. Ainda explorando as falas dos sujeitos foi possível notar que, a real situação de trabalho gerava nos enfermeiros sentimentos de desvalorização, diminuição do interesse em realizar atividades educativas e angústia.

Como é que você vai falar de saúde num local que não propicia à população já um, coisas boas? Então isso é muito ruim, né? A gente fica angustiado, fica triste porque sendo um local que deveria ser o

primeiro, deveria ser bem, bem assim, aparência, isso é fundamental pra você ter acesso da população, né? [...]então é ruim trabalhar assim Enf.1

*a gente tem um sentimento assim de **desvalorização do profissional**, a gente, não só eu como todos os membros se sentem desvalorizados* Enf.2

Esses achados se assemelham ao de diversos autores (ELIAS e NAVARRO, 2006; SCHRADER et al, 2012; PEDROSA, CORRÊA e MANDU, 2011; MEDEIROS et al, 2010; MOURA et al, 2010; NAUDERER e LIMA, 2008) onde foi relatado que as condições de trabalho influenciam na satisfação do profissional. Para Clot (2007) o trabalho possui uma função psicológica de suma importância para o sujeito e isso o diferencia das demais atividades, é através dele que o indivíduo faz prevalecer o sentido de sua existência pessoal. O mesmo autor afirma que a maneira do sujeito trabalhar depende das ferramentas disponíveis, ou seja, mesmo que ainda não tenha sido necessário o uso de certo instrumento, a presença ou ausência deste influencia no sujeito.

Abro parênteses aqui e relato a minha própria experiência pessoal/profissional, pois, muitas vezes que na ESF não havia chegado insumos para os atendimentos (gazes, luvas, ataduras, entre outros), eu adentrava a ESF com aperto no peito (angústia) e rezava para que naquele dia não aparecesse nenhum paciente que para ser atendido necessitasse de tal material. Essa sensação de desconforto e apreensão só findava com o fim da jornada diária ou quando a prefeitura entregava os materiais faltosos, o que poderia demorar dias e dias.

Elias e Navarro (2006) em seu estudo afirmam que devido ao medo do desemprego é comum que as pessoas se submetam a contratos de trabalho precários e às condições de trabalho longe das ideais devido a essa insegurança. Nas falas dos enfermeiros outro dificultador que me chamou a atenção foi a questão da insegurança devido ao contrato de trabalho estabelecido, uma vez que os enfermeiros das estratégias eram contratados através de processo seletivo simplificado o que não acarretava estabilidade profissional.

***Angústia!** Porque a gente sabe, que a gente não, uma das coisas a gente não tem segurança, porque a gente é processo seletivo simplificado.* Enf.1

Eu gosto do meu serviço, adoro meu serviço mas a situação do jeito que tá não tá legal. Não tá legal mesmo. Enf.1 [referente à estabilidade no trabalho]

*ele [o médico] precisava de, ele teria que ter lembrado, mas se você tem uma valorização dos profissionais, se você pensa em manter os profissionais que são bons, que dão bons resultados, né? Teria que ter sido avisado previamente que o contrato dele seria, estaria sendo, seria esgotado naquela data, que teria a abertura de outros processos seletivos que ele poderia realizar, né? Então assim, é a gente sente assim, realmente um **descaso com o profissional, a falta de valorização do profissional**. Enf.2*

Aqui foi possível desvelar novamente que os sentidos atribuídos à falta de estabilidade eram de desvalorização, insatisfação e angústia. Ainda fazendo referência a Elias e Navarro (2006) as autoras afirmam que a insatisfação profissional não está ligada somente às condições precárias a que estão expostos mas também à falta de reconhecimento do esforço executado por esses.

Essa necessidade de reconhecimento está ligada à função psicológica que o trabalho exerce no sujeito, já que de acordo com Clot (2007) é no exercício da sua atividade profissional que ele se realiza.

O reconhecimento pelo trabalho realizado por parte do outro é de suma importância para a satisfação do profissional, pode-se notar na fala de Enf.1 que a falta de reconhecimento por parte da gestão era um fator que causava angústia e desmotivação

*ah se você sair dali não vai fazer falta, tem outro que vai cumprir no seu lugar, nós já escutamos isso numa reunião que a gente teve, a gente teve uma reunião que seria pra mudança dos enfermeiros, aí uma pessoa virou e falou assim: ‘É, mas você acha que a população vai sentir sua falta? Você acha que você faz falta nessa unidade?’ Falou pra um enfermeiro, não falou pra mim, mas falou pro enfermeiro, ‘você acha que a população vai sentir falta de você?’ Tipo assim: quem é você? Que profissional você é? **Que valor que você tem perante ao seu serviço, seu profissional?** Então assim, a gente fica muito chateado, muito triste, porque a gente sabe que a própria **coordenação não valoriza**, não valoriza mesmo, nem o serviço, nem o profissional, nem a equipe. Não valoriza, então a gente fica muito triste com isso. **Desmotiva e dá angústia demais**. Enf.1*

Outro fator apontado pelos enfermeiros diz também respeito à gestão, onde se pôde perceber que a queixa dos profissionais era a distância entre a coordenação e os mesmos. Isso aparecia no discurso dos sujeitos como mais um fator que dificultava a realização da atividade de trabalho, além de causar desmotivação. Para eles se a coordenação estivesse mais próxima, com uma postura aberta para a escuta e discussão, interagisse com as equipes que atuavam na

atenção básica e oferecesse apoio os problemas seriam resolvidos com maior facilidade e poderiam até ser evitados algumas vezes.

*Eu acho também que a **coordenação fica muito distante da gente**, a gente às vezes solicita algumas coisas, as coisas demoram muito, é, pedidos de exames, às vezes você fica, vê que o paciente não resolve aquelas, **coisas complicadas que não resolvem**, então isso **vai desmotivando** a gente. Então eu **perdi um pouco de motivação** depois que eu cheguei, assim, eu fiquei muito tempo muito empolgada, depois você vai ficando um **pouco desiludida pela realidade** que não é a mesma de um município muito pequeno igual eu trabalhava. Enf.1*

*Outra que a gente **não tem voz ativa**. As pessoas não, não escutam a gente, entendeu? **A Prefeitura tá longe da gente**, ela tá **distante**, ela **não trabalha unida** com a gente, ela **não trabalha com a equipe**, ela **não quer saber muito o que tá acontecendo com a gente aqui**, ela quer saber de produção, de que **você tem que dar conta do serviço**, então assim, é angústia. Sabe? **A gente é frustrado por trabalhar nessa prefeitura, infelizmente**, sabe? Enf.1*

*Ninguém escuta o agente, **ninguém escuta a equipe**. Enf.1*

*a gente precisaria de ter uma, ter uma **coordenação que a gente pudesse sentir mais segurança em discutir as coisas, sem medo, hoje a gente sente muito isso, a questão, a gente teme muito e não fala tudo, né? A gente precisaria de mais apoio**, acho que falta isso. É... se eu pudesse melhorar, eu acho que melhoraria nesse sentido, melhoraria também é... acho que necessitaria de uma **valorização**, uma forma de valorizar mais os profissionais, todos os profissionais da estratégia, então, **fala-se tanto da importância da prevenção que a estratégia é a porta de entrada, mas e aí?** Enf.2*

Desvela-se aqui os sentidos de desamparo, solidão, desilusão, insegurança e medo do enfermeiro em relação à gestão o que, conseqüentemente, dificultava a realização da atividade de trabalho do sujeito.

Vale frisar que a satisfação do profissional está diretamente ligada a fatores relacionados às condições em que trabalha, ou seja, a estrutura física/arquitetônica, a disponibilidade de materiais, a estrutura organizacional, as relações de poder, questões salariais, etc., acrescenta-se a esses o reconhecimento do esforço pessoal e da competência para desempenhar a atividade de trabalho. Dessa forma, busquei conhecer o que os sujeitos fariam de diferente se tivessem a oportunidade para melhorar as condições de trabalho. Vejamos as falas seguintes:

*Acho que a gente tem que **mudar o planejamento [da coordenação]**, tem que planejar. Não precisava de mudar, mudar a pessoa, o coordenador não. Não é isso não. **Mudar a forma de coordenar, planejar** as coisas que poderiam ser mudadas. E outra coisa que eu iria fazer também escutar, **escutar quem tá lá na ponta**. Porque eu acho que quem tá na ponta tem muita experiência do que tá acontecendo. Então **escutar as pessoas que estão na ponta pra planejar o que que tem que melhorar**. Se não tiver planejamento nunca vai melhorar. Se faltar uma gazinha é porque não planejou pra aquele período. Se o material tá estragado a quan, de quanto em quanto tempo que vai ter pessoas pra poder consertar, de quanto em quanto tempo que vai ter manutenção, se isso acontecesse certinho, se tivesse um planejamento as coisas não iriam acontecer tão ruim do jeito que tá. Então eu acho que eu **iria tentar planejar e tentar melhorar a coordenação**. Trazer as equipes junto com a coordenação, não é a coordenação tá lá longe mandando fazer tudo e aqui a equipe só tem que resolver, e mandar produção, mandar, mandar, mandar... Eu acho isso não resolve. Acho que seria isso.*
Enf.1

*eu melhoraria a questão de, de, dessa, **melhoraria a infraestrutura, a organização** de, de **materiais** pra, né, é... a gente vê hoje muitos problemas quanto a licitações, **materiais que faltam por muito tempo**, quando chega, daí a pouco tá vencendo, então assim, tem esses problemas, eu **acho que precisaria de uma organização maior quanto essas licitações, as solicitações desses materiais, a manutenção de equipamentos que hoje a gente tem pedido muito**, que até isso a coordenação agora tem, tá se preocupando também, mas a gente sempre pede isso, então acho que eu melhoraria nesse sentido, sabe?* Enf.2

Tendo em vista a expressão dos seus sentimentos durante toda a entrevista não foi surpresa quando os enfermeiros responderam que mudariam a coordenação. Dando mais atenção aos problemas relacionados ao funcionamento da atenção básica. A necessidade de planejamento das ações para evitar possíveis faltas de recursos materiais de consumo foi mencionada por Enf.1 como uma estratégia necessária para melhorar as condições de trabalho e consequentemente, a satisfação do profissional.

Na fala de Enf.2 também estava presente a necessidade de melhorias na organização da atenção básica, para garantir infraestrutura física e material adequadas para o funcionamento das estratégias.

Ainda como mudanças que seriam realizadas se tivessem esse poder Enf.2 levantou a questão da valorização salarial para todos os membros da equipe, já que existia uma grande disparidade entre as remunerações.

A gente pensa assim, valorização em vários sentidos, mas também financeiro, né, a gente vê que a gente tem um salário defasado, to, enfermeiros, médicos e agentes, hoje a gente tem médicos, os médicos ganham, são profissionais que ganham muito bem, mas os demais têm um salário defasado e acho que também a gente tinha que olhar quanto a isso porque se, né, se você quer, acho que se a gente pensa em metas e tal a gente precisa pensar nisso também. Enf.2

Então você vê uma desvalorização da questão salarial, descaso mesmo, sabe? É o sentimento que eu tenho. Enf.2

Mais uma vez essas falas desvelam significações de desamparo, solidão e distanciamento entre gestão e profissionais das ESFs.

Embora nas entrevistas não tenha aparecido relatos acerca do sistema de informação da Vigilância em Saúde, acredito que uma das consequências desse distanciamento, anteriormente apontado, e, conseqüentemente, da falta de diálogo entre as equipes de saúde e os gestores é a falta de aproveitamento das informações produzidas pelas equipes de saúde que alimentam esse sistema. O fato é que mensalmente as ações realizadas pelas equipes das ESFs são condensadas e enviadas para alimentar os sistemas de informação da Vigilância em Saúde. Isso se faz necessário pois, é através desses dados que é possível comprovar se as metas pactuadas entre os governos (federal, estadual e municipal) foram alcançadas e dessa forma garantir o repasse financeiro.

Existe aqui uma inversão do papel inicial desses sistemas de informação, uma vez que foram criados para desenvolver habilidades de planejamento e gestão e se de fato as informações produzidas fossem estudadas, tanto pela equipe quanto pela coordenação, ao invés de só alimentarem os sistemas, provavelmente o serviço seria mais eficiente e os problemas/dificuldades menos frequentes. Dessa forma, me arrisco a dizer que se houvesse uma aproximação entre gestão e equipes de ESFs com discussões e trocas de ideias sobre os indicadores produzidos, esses, efetivamente, cumpririam o seu papel de orientação e planejamento das ações.

Agora que os fatores que dificultavam a realização da atividade de trabalho dos enfermeiros já foram discutidos, no próximo núcleo serão discutidas as relações que fortaleciam o profissional e conseqüentemente aumentavam seu poder de agir.

Núcleo 3: As relações profissionais que fortalecem o enfermeiro e aumentam o seu poder de agir

Durante a realização das entrevistas os enfermeiros tinham um discurso semelhante ao afirmarem a importância da sua equipe na realização do seu trabalho. Ambos demonstraram em suas falas que a integração entre os membros era um fator que facilitava a execução da atividade de trabalho, como pode ser observado

*Porque a **equipe é muito boa**, a gente é **muito unido**, tem problema? Tem como todos, mas a equipe é assim, acontece um problema com um, todos ajudam [...] a **equipe é ótima de trabalhar**, eu gosto, a gente **faz um serviço legal**, tenta ajudar um ao outro, então **eu gosto muito de trabalhar aqui**. Enf.1*

*A maioria [da equipe] é muito comprometida, eu acho assim, é o que muitas vezes me **pesa muito em sair ou ter pedido** muitas vezes **pra trocar**, é a **equipe que eu tenho, de trabalhar na equipe que eu trabalho e na comunidade onde eu trabalho**. As pessoas que eu atendo. Enf. 2*

Isso vai ao encontro com os estudos de Pinto (2008) onde o entrosamento da equipe foi considerado um fator facilitador para 76% dos entrevistados na pesquisa, entre esses se encontravam diversos profissionais da equipe de estratégia de saúde da família. Para Colomé e Lima (2006), em um estudo com enfermeiros, os profissionais destacaram a importância da equipe estar bem integrada e voltada para um objetivo comum, para que haja um bom andamento do trabalho.

Esse mesmo fator está presente na fala de Enf.2 “a gente sabe que consegue fazer muitas coisas, **mas a gente precisa realmente da equipe completa integrada**, porque você não consegue, você não consegue fazer tudo sozinha”. Pôde-se notar que a integração e o comprometimento da equipe geravam um sentimento de união que tinha como consequência o gosto pela atividade desenvolvida e a satisfação por trabalhar nesse local, esses sentimentos não só sustentavam como também serviam para aumentar o poder de agir do sujeito e, dessa forma impulsionar o enfrentamento das adversidades.

O poder de agir está ligado aos fatores que facilitam e contribuem para a realização da atividade de trabalho do profissional. É através dele que o trabalhador executa sua atividade.

Ao considerar a clínica da atividade a definição de trabalho, segundo Gernet e Dejours (2009), não pode ser limitada à definição da atividade individual, já que estão envolvidos uma complexidade de relações entre o sujeito e aqueles com e para quem trabalha.

É importante ressaltar que o trabalho é sempre uma atividade dirigida, porque não existe uma atividade sem sujeito. Mantendo essa linha de pensamento Clot (2007) considera que a atividade de trabalho é triplamente dirigida, pois, é dirigida ao comportamento do sujeito que a realiza, ao objeto da tarefa e também aos outros. Para o autor “ela é sempre resposta à atividade dos outros, eco de outras atividades.” (CLOT, 2007, p.97)

O trabalho é uma atividade dirigida pelo sujeito para o objeto e para a atividade dos outros com a mediação do gênero, ele pressupõe a invenção e apropriação de saber-fazer coletivo; não é somente produzir, é também viver junto. (GERNET; DEJOURS, 2009; CLOT, 2007)

Esse “viver junto” possibilita uma troca de experiências entre os profissionais que trabalham na atenção primária que na visão de Enf.1 enriquece o trabalho *“tenho contato com vários colegas, isso é ótimo, a gente tem outras experiências, você consegue compartilhar, né, com outros médicos, com outras vivências, isso é maravilhoso”*.

Durante as entrevistas foi possível desvelar que os profissionais sempre se referiam a seus iguais como parceiros que auxiliavam nos momentos de dificuldade ou de falta, já que existia um diálogo entre seus pares – aqueles com quem trabalhavam e/ou aqueles que desempenhavam função semelhante à sua – o que possibilitava a resolução de impasses, que provavelmente se isolados não obteriam êxito.

Clot (2006) afirma que na sociedade em que vivemos hoje é difícil de obter satisfação por apenas sobreviver ao trabalho, pois é nele que o trabalhador pode realizar “alguma coisa de sua vida além de conflitos unilateralmente afetivos do face a face interpessoal”. O trabalho tornou-se um agente decisivo da maneira de se sentir na vida individual.

Corroborando com o dito anteriormente, Clot (2010) cita Canguilhem em sua visão de saúde onde o trabalhador se sente bem, na medida em que é capaz de assumir a responsabilidade dos seus atos, levar coisas para sua existência e criar relações que sem a intervenção desta, não existiriam.

Essa boa relação entre seus pares e a possibilidade de resolver questões com o auxílio desses gerava nos profissionais um sentimento de satisfação por trabalharem com a equipe e atuarem como enfermeiros na área de saúde da família. Além disso, o aumento desse poder de

agir do sujeito, como foi ilustrado anteriormente, é um dos fatores que favorece o surgimento de estratégias para o enfrentamento das situações adversas encontradas pelos profissionais.

Outro fator que vale ressaltar diz respeito à categoria gênero profissional, ele possibilita que exista uma ação de cooperação extraprofissional que organiza o serviço e é resultado de um longo processo de aprimoramento. Através do gênero as discordâncias pessoais são vencidas, para que se cumpra a obrigação do serviço a ser prestado. Isso se deve pelo fato de que todos aqueles que trabalham em um mesmo ofício se sentem, e são, responsáveis pela história desse ofício que não pertence a ninguém em particular, mas a todos.

Segundo Clot (2007) o gênero profissional “é uma das dimensões do ofício, que é interpessoal, já que não pode existir sem destinatário” – nesse caso efetiva-se na relação enfermeiro/paciente, enfermeiro/enfermeiro e enfermeiro/todos os outros. O gênero é também “[...] irredutivelmente pessoal, íntimo e incorporado pelo trabalhador” – neste caso porque cada enfermeiro traz para sua atuação profissional o seu “estilo” de cuidar, a forma própria como apreende e desenvolve a tarefa prescrita e incorpora o gênero da atividade. O gênero também é “[...] impessoal, já que se trata de uma tarefa ou função prescrita pela organização do trabalho e os que nela atuam”.

Na atividade de trabalho do enfermeiro creio que temos como um dos gêneros da atividade o “cuidar”. A ideia de que a enfermagem é a arte do cuidar está presente em vários estudos e autores, como Ferreira (2011) e Camacho e Santo (2001), que afirmam em seus trabalhos que a enfermagem envolve mais que um conjunto de técnicas, vai além das teorias e é a oportunidade do contato com o outro. Waldow (2006) vai um pouco além nessa discussão e afirma “que através da enfermagem que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza”.

Essa ideia nos é ensinada desde o primeiro dia na universidade e nos acompanha por toda a vida acadêmica e profissional, dessa forma a fala dos nossos sujeitos não poderia fugir à regra como pode ser comprovado através desses trechos “*Eu acho que ser enfermeiro é ter consciência que uma das coisas principais é você cuidar, né? Cuidar do outro, ter responsabilidade.*” (Enf.1) e “*a enfermagem é a arte do cuidar, eu acho que o enfermeiro tem esse olhar, é esse olhar mais holístico para o paciente*” (Enf.2).

Essa relação de cuidado para com o outro acaba por gerar em nós, profissionais da enfermagem, um compromisso com o usuário/paciente, é uma responsabilidade que, algumas vezes, vai além do que está prescrito e, a meu ver, torna-se um fator motivador para a realização da atividade de trabalho. Relembro que o cuidar tratado aqui, como dito

anteriormente, é resultado do processo de construção do conhecimento teórico-técnico-prático relativo à enfermagem.

Baseando-me nos autores que foram discutidos ao longo do núcleo e nas falas dos sujeitos participantes, posso concluir que o reconhecimento do gênero da atividade pelos enfermeiros, a utilização de estilo próprio e a criação de estratégias, associados a um viver coletivo onde se podia contar com apoio mútuo, promovia sentimentos de prazer e competência que os fortaleciam diante dos impedimentos e, conseqüentemente, aumentavam o poder de agir dos mesmos.

Pode-se concluir que os sentidos desvelados quanto ao trabalho realizado em equipe eram de segurança, cooperação, gosto e união.

Como dito anteriormente o profissional, no caso o enfermeiro, ao assumir um posto de trabalho se vê diante de uma série de tarefas prescritas que devem ser realizadas, entretanto, nem sempre ele encontra as condições adequadas para levá-las a cabo. Muitas vezes diante dos impedimentos encontrados, o enfermeiro tem que lançar mão de estratégias para conseguir executar e cumprir as tarefas prescritas. Passemos então, para a análise do próximo núcleo de significação onde essas estratégias serão discutidas.

Núcleo 4: O uso de estratégias para obter êxito na realização da atividade de trabalho

Conforme já foi discutido no núcleo anterior, o aumento do poder de agir do sujeito possibilita que esse utilize de estratégias para enfrentamento dos impedimentos, com os quais pode se deparar no decorrer da realização da sua atividade de trabalho. Com o intuito de conhecer se os sujeitos lançavam mão de estratégias para obter êxito frente às adversidades, no questionário aplicado na primeira fase da pesquisa, foram elaboradas questões sobre o uso ou não de estratégias durante a realização da atividade de trabalho nas ESFs.

A análise desses questionários demonstrou que o uso de estratégias próprias pelos enfermeiros que atuavam na atenção primária do município estudado era algo frequente na execução da atividade de trabalho, uma vez que todos aqueles que participaram da primeira fase da pesquisa responderam que, na ausência de material adequado sempre ou quase sempre lançavam mão de artifícios, para obterem êxito na realização da sua atividade de trabalho, como pode ser visto na página 37 dessa dissertação.

Durante a análise das entrevistas também foi possível encontrar na fala dos sujeitos o uso de estratégias *“É, eu improviso dessas formas...”* Enf.1, *“dando aquele jeitinho*

brasileiro, né? Porque você não, às vezes, muitas vezes, você tá, você não consegue resolver cem por cento” Enf.2.

Em seu discurso Enf.1 também relata o uso de outras estratégias para evitar que o paciente retorne a seu lar sem ter seu problema solucionado, nesse momento faz alusão ao bom relacionamento entre equipes – como discutido no núcleo anterior – com a possibilidade de encaminhar o paciente para outra unidade onde a demanda pode ser resolvida e até o uso do seu carro particular para levar o paciente até o Pronto Atendimento (PA).

*Uma sutura, por exemplo, que dá pra ser feita aqui, falta material pra você fazer, a gente já fez muito porque **antes tinha, agora não tem.** [...] Às vezes a gente **pede emprestado** com uma outra unidade, né, isso eu já fiz muito também. Então a gente **vai usando assim pra poder resolver.** Enf.1*

*É... quando tem, por exemplo, falta às vezes material, equipa, que é... o.. otoscópio, eu **peço emprestado em outra unidade**, igual a nossa tá, a nossa autoclave tá estragada eu levo o material pra poder consertar, pra poder esterilizar na outra. Enf.1*

*É, eu **improviso** dessas formas ou então eu encaminho pra outra unidade, quando não tem jeito mesmo. Enf.1*

Nas observações diretas da atividade de trabalho do enfermeiro também foi possível presenciar, mesmo que discretamente, a utilização de estratégias, como por exemplo, no momento em que se necessitou de uma folha de receituário e na ausência foi utilizada uma folha de papel A4 branca com o carimbo da ESF.

Ao discutir sobre estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a obtenção de êxito na realização de sua atividade de trabalho, vale retomar o conceito de catacrese utilizado por Clot (2007), onde essa deve ser entendida como a utilização de uma ferramenta/objeto atribuindo a esse uma nova função/utilização diferente daquela para a qual a ferramenta foi inicialmente criada. A criação de catacreses é mais uma das formas que o trabalhador cria/utiliza para superar os impedimentos que surgem no decorrer da execução da atividade de trabalho.

Para elucidar melhor o conceito de catacrese passo para a fala dos enfermeiros, sujeitos dessa pesquisa. Foi solicitado a eles que dessem exemplos do uso de estratégias durante a realização da atividade de trabalho e os dois assim o fizeram

*Por exemplo, hoje mesmo o médico já veio atrás de mim, **pedindo meu celular pra poder olhar a garganta de um paciente com a luzinha** [sobre a falta de lanterna na unidade] Enf.1*

a lanterna mesmo eu tenho usado o foco, invés da lanterna, para avaliação da orofaringe Enf.2

Ah tá... igual no caso do preventivo, né? Em relação ao preventivo, né, igual a gente tinha falado. eu tenho unidades da zona rural que eu não tenho maca ginecológica, não deixo de fazer também por conta disso o exame, não. É... eu faço, a gente adapta, né, sem perneira, né, a gente pega a maca normal, a cabeceira e a mulher fica, né, ela levam, as pernas é, preciso descrever, não, né? Mas a gente faz, eu faço no caso numa maca normal eu faço o exame ginecológico. Enf.2

quando a gente não tem, por exemplo, material de emergência/urgência a gente tem que colocar dentro do carro da gente e manda prum PA, assim às vezes uma coisa que dava pra gente resolver aqui. Uma sutura, por exemplo, que dá pra ser feita aqui, falta material pra você fazer, a gente já fez muito porque antes tinha, agora não tem. Então você tem que por dentro do carro, a gente pega o carro da gente e leva pra poder fazer. Enf.1

Vê-se portanto, que o celular assume a função da lanterna, a maca normal vira uma maca ginecológica e o carro particular torna-se carro de transporte de paciente, evidenciando-se assim, a produção de catacrese.

No decorrer das observações das atividades de trabalho realizadas foi possível presenciar o surgimento de catacreses: na falta de formulários específicos para a solicitação de exames e prescrição de medicamentos, os enfermeiros utilizavam de folhas brancas de papel A4. Vale ressaltar que essa era uma prática tão comum no município que já estava incorporada por aqueles que prestavam assistência na atenção básica e as solicitações realizadas em folhas diferentes dos impressos próprios eram aceitas na farmácia da rede municipal.

Com relação aos sentimentos vivenciados pelos profissionais ao utilizarem de estratégias para superar impedimentos e concluírem sua atividade pôde-se observar que os mesmos eram ambíguos e a significação dada dependia da natureza da ação. Em um momento os profissionais se sentiam satisfeitos por conseguirem resolver o problema do paciente, mesmo com o uso de estratégia. Ressalta-se que a realização da atividade prescrita, mesmo fora dos padrões convencionais, não gerava preocupação e culpa.

Quando acontece [improviso] a gente fica satisfeito, porque pelo menos assim de alguma forma você conseguiu fazer aquilo que num, que num, que é... na prática às vezes não dava porque faltava material, mas você conseguia fazer, conseguiu fazer então assim, a gente se sente assim, satisfeito por ter conseguido fazer Enf.1

*quanto a questão do exame preventivo, eu vou te falar a verdade que isso até **não me preocupa muito**, não. Acho que a minha preocupação sempre foi em realizar o exame que **essa adaptação** que eu faço em relação a este, a esta atividade, **não me preocupo**, não. Sabe? Eu só me **preocupo se eu vou conseguir realizar da melhor forma**, sabe? Certinho, que eu tenha uma boa visão ali do colo, mas eu não, isso realmente **não me incomoda**, não. Enf.2*

Em um segundo momento, a necessidade do uso de estratégias por não encontrarem condições adequadas para realização da sua atividade de trabalho, despertava também sentimentos de angústia e desvalorização nos profissionais, que se queixavam por estar sempre improvisando/criando.

*dá uma **tristeza muito grande**, porque a gente vê que é coisa **básica**, não é coisa cara, é coisa que dá pra resolver. Enf.1*

[...] ao mesmo tempo você fica angustiado e triste por ter que às vezes é, usar de artifícios que não são adequados pra fazer um procedimento que não deveria, mas é tristeza angústia porque você tem que fazer dessa forma, né? Enf.1

*Me sinto **péssima** por fazer isso, péssima. Mas tem que fazer. Enf.2*

*É... é ainda mais difícil, mais complicado ainda. Ter que trabalhar, é, tentando arrumar um, né, **adaptações**, né, **tentando arrumar um jeitinho** aqui, outro ali, sempre tendo que **adaptar uma coisa ou outra** pra realizar o serviço, então assim, eu acho que **dificulta muito o trabalho** da gente, né? Enf.2*

A satisfação ao obter êxito na realização da sua atividade de trabalho, mesmo com o uso de estratégias possuía relação com o comprometimento que os profissionais tinham com seus pacientes/usuários. A oportunidade de oferecer um serviço resolutivo para a população, mesmo em condições adversas, gerava contentamento nos profissionais. Em contrapartida era natural que os profissionais se sentissem insatisfeitos e infelizes por depender do uso de estratégias para serem resolutivos, uma vez que se as condições de trabalho fossem adequadas o profissional não teria a pré-ocupação e o desgaste de criar estratégias para realizar sua atividade de trabalho. Vale lembrar aqui o que foi discutido anteriormente, no segundo núcleo, onde vários autores (ELIAS e NAVARRO, 2006; SCHRADER et al, 2012; PEDROSA, CORRÊA e MANDU, 2011; MEDEIROS et al, 2010; MOURA et al, 2010; NAUDERER e LIMA, 2008) em seus estudos concordam que as condições de trabalho influenciam na satisfação ou não do profissional. Dessa forma, é possível compreender os sentimentos contraditórios vivenciados pelos enfermeiros nesse estudo.

Para Clot (2007), o sujeito ao encontrar impedimentos se vê preso na impossibilidade de realizar sua atividade e cabe a ele livrar-se disso através de meios que são ofertados, “meios mais ou menos presentes no repertório genérico mantido pelo coletivo.” Ainda segundo o autor, “quando o sujeito rompe com o fazer igual comum à coletividade da atividade surgem meios de assumir liberdades em relação a sua atividade de trabalho e consequentemente aumentar seu poder de agir.” (CLOT, 2010) Portanto, para o autor, o sujeito possui a capacidade de lutar contra as adversidades encontradas para fugir das limitações que o deixariam confinado e dessa forma ele é capaz de afirmar a sua competência. Ainda segundo Clot (idem, p.107) a possibilidade de realizar catacreses “transforma a atividade, aparentemente, passiva e submissa, em atividade inventiva e criativa”.

Creio que a criação de estratégias, dentre elas a catacrese, está intimamente ligada à manutenção da saúde do trabalhador, pois, como aponta Clot a capacidade “criativa, inventiva”, ao possibilitar a superação dos impedimentos encontrados na e para a execução da atividade de trabalho gera no sujeito o sentimento de competência, reconhecimento e satisfação, o que mantém/resgata o estado de saúde e o equilíbrio.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada do usuário no SUS, é através dela que se dá, preferencialmente, o primeiro contato do paciente com o sistema. Quando a atenção primária é resolutive o gasto com exames de maiores complexidades e internações é reduzido. Porém, para que isso aconteça da maneira ideal é necessário que as UBSs estejam bem equipadas na sua materialidade e que a estrutura física seja adequada de acordo com os Manuais do MS. Infelizmente na maioria das vezes as ESFs se encontram instaladas em casas adaptadas e nem sempre essas adaptações são capazes de colocá-las em conformidade com as normas da ABNT 9050/2004 e com as normas exigidas pelo MS.

Meu interesse em conhecer as reais condições de trabalho dos enfermeiros nas ESFs e as significações dadas a essas se justificou pela necessidade de produção de conhecimento acerca da atividade de trabalho do enfermeiro, uma vez que essa categoria profissional tem papel fundamental dentro das estratégias.

Com a aplicação dos questionários foi possível ter um panorama da realidade das UBSs do município segundo a visão dos enfermeiros. Assim como acontece no restante do país as ESFs, na maioria, se encontrava instalada em casas adaptadas inadequadamente para abrigá-las. Esse fato se repetiu na observação *in loco*, onde foi possível perceber que as UBS analisadas não tinham todos os ambientes descritos no Manual do MS (BRASIL, 2008) e as que estavam presentes não tinham condições de acessibilidade adequadas.

As falas dos enfermeiros na entrevista mostravam a insatisfação desses ao trabalhar em unidades inadequadas e apontavam esse fator como um entrave para realizar ações de prevenção e promoção da saúde – funções primordiais da ESF.

É preciso que os gestores tomem consciência da necessidade de se ter um espaço físico adequado para o funcionamento de uma UBS e no momento das reformas e/ou construção de novas unidades sigam o preconizado pelo MS a fim de oferecer para a equipe e para a população espaços adequados para todas as ações de saúde que devem ser desenvolvidas pelas ESF e EACS.

Quanto à materialidade, apesar do panorama desfavorável encontrado após a análise dos questionários, onde nenhuma unidade tinha todo o mobiliário descrito e os disponíveis nem sempre estavam em condições de uso, na observação *in loco* foi possível comprovar que entre os vinte e quatro itens descritos (equipamentos e mobiliário) como imprescindíveis para o funcionamento da UBS cinco não estavam presentes e outros dois apesar de presentes

estavam em número insuficientes nas ESFs. Observou-se também que as UBSs estavam relativamente bem abastecidas de insumos, porém alguns itens importantes para o funcionamento e fluxo de paciente se encontravam ausentes, principalmente na ESF1.

Quando a unidade em que o profissional atua se encontra bem mobiliada e equipada, com insumos suficientes para o funcionamento, gera para o profissional sentimentos de segurança e tranquilidade para desempenhar seu papel, uma vez que não é necessário que esse se pré-ocupe com situações que podem surgir e que pela ausência de algum equipamento ou insumo se complique. A necessidade que os profissionais têm de trabalhar em uma unidade bem equipada se justifica, pois mesmo que ainda não tenha sido preciso utilizar certo instrumento, saber que ele está presente e em condições de uso é um fator que dá segurança para o profissional realizar seu trabalho. Baseada em minha experiência como enfermeira de EACS em zona rural posso dizer que essa afirmativa é verdadeira, uma vez que quando me encontrava prestando assistência na sede (mesmo que essa estivesse longe das condições ideais de funcionamento quanto à estrutura física e material era a melhor estruturada) me sentia mais segura nos atendimentos que quando tinha que prestar assistência em postos menores ou em distritos remotos onde o atendimento era realizado em salas de aula ou galpões.

Na fala dos profissionais as significações dadas eram de angústia e de descaso da gestão em relação ao serviço, visto que às vezes materiais que tinham grande importância na realização do serviço, mesmo que considerados “coisas mínimas” (como lanterna e impressos) estavam em falta. Para os profissionais existia um distanciamento entre gestão e ESF, com falta de escuta e diálogo que impossibilitava a troca de ideias e o planejamento das ações. Além disso, se queixavam da insegurança quanto ao contrato de trabalho estabelecido que não oferecia estabilidade profissional, sendo considerado como um dos dificultadores para a realização da atividade de trabalho.

Historicamente, esse regime de contratação por tempo determinado teve início quando o PSF era considerado um programa de Governo podendo ser extinto – caso isso ocorresse e os profissionais fossem efetivos os municípios não teriam como custeá-los. Com a mudança da concepção de programa para a de uma política de governo, passou a ser mais comum a realização de concursos públicos para os profissionais que atuam nas ESFs, entretanto, ainda existe no país um elevado número de profissionais submetido ao regime de contratação temporária. Acredito que a efetivação dos profissionais que compõem a ESF seja um grande ganho, principalmente para os enfermeiros (dada suas atribuições), uma vez que a estabilidade

profissional é um fator que contribui para a satisfação destes e consequentemente para a qualidade do serviço prestado.

Frente às adversidades encontradas os enfermeiros relataram que buscavam estratégias para realizar sua atividade de trabalho. Entre essas merecem destaque o encaminhamento de pacientes para outras unidades, empréstimos entre UBSs e a produção de catacrese.

O bom relacionamento entre as equipes de ESF era essencial para sustentar essas estratégias de enfrentamento. Foi possível perceber através das falas dos sujeitos a formação de uma rede horizontal entre UBSs, onde além de favorecer trocas de experiências possibilitavam o auxílio mútuo frente às adversidades.

A produção de catacrese surgiu nessa pesquisa nos questionários, na fala dos sujeitos e na observação da atividade de trabalho, por exemplo, Enf.1 em seu discurso cita o uso do celular no lugar da lanterna e Enf.2 diz que utiliza o foco quando necessita de examinar a orofaringe, além de relatar o uso da maca normal para o exame ginecológico na zona rural.

Entretanto, não foi possível observar *in loco* as catacrese acima descritas pelos profissionais, porém pude observar o surgimento de outras para a realização da atividade de trabalho. Como por exemplo, quando da necessidade de solicitar exames laboratoriais e na ausência de formulário adequado a solicitação era realizada em receituário; quando da necessidade de prescrição de medicação e com o receituário em falta utilizava-se uma folha A4 com o carimbo da unidade.

Ressalto que a não utilização de formulários específicos para a solicitação de exames e prescrição de medicamentos me chamou a atenção, pois essa prática há muito é usual no município. Também ressalto que é de conhecimento da população em geral que com a prescrição em folha A4, vinda de qualquer ESF, desde que a mesma possua o carimbo da estratégia, é possível retirar a medicação na farmácia básica municipal ou comprar nas redes privadas. Os laboratórios também reconhecem e validam a prática da solicitação de exames em folhas de receituário, inclusive oferecem descontos para os pacientes.

É importante ressaltar aqui, que apesar de não ser o foco do estudo essa solicitação de exames traz outros desdobramentos: 1º) gera um custo para o paciente que deveria ter aquele serviço oferecido gratuitamente; 2º) alguns pacientes não realizam os exames por não possuírem condições financeiras para custeá-los. Ressalto aqui que a necessidade do paciente pagar para a realização de exames fere os princípios do SUS da universalidade e totalidade. Talvez essa seja uma questão que possa ser melhor explorada em outro estudo, na busca de se

desvelar as implicações reais dessa prática e as significações dadas pelos profissionais da atenção básica e pelos sujeitos.

Ao pensar na não observação da produção das catacreses relatadas durante as entrevistas, levanto a hipótese que isso pode ter ocorrido pela escolha do atendimento à saúde da mulher para as observações (que há muitos anos é foco das ações pactuadas pelos municípios), bem como pelo fato desse atendimento ser programado pelo enfermeiro e se os materiais não estivessem presentes o atendimento poderia ser desmarcado.

Nesse momento o leitor pode estar se questionando: porque então não foi comprovada a fala de Enf.2 que cita especificamente um atendimento em saúde da mulher? Aqui é o segundo ponto que chamo a atenção: as observações foram realizadas somente na sede da UBS. Esta tinha uma melhor estrutura física e material que as outras localidades. A intenção inicial, baseada em minha experiência profissional, era acompanhar o atendimento do enfermeiro nas ações previstas em todas as localidades abrangidas pela equipe, porém durante o período em que estive com o profissional para obtenção das informações o mesmo estava realizando os atendimentos de saúde da mulher apenas na sede e justificou que isso ocorria devido à baixa demanda nas áreas rurais (como poucas necessitavam do atendimento, elas se encaminhavam para a realização na sede).

Após a análise das entrevistas foi possível desvelar movimento de transformação nas significações atribuídas à atividade de trabalho dos profissionais participantes, se fosse possível colocá-los em uma linha de tempo primeiramente seriam percebidos sentimentos de animação, empolgação e vontade ao iniciarem suas atividades de trabalho, seguidos de um declínio desses quando se depararam com as reais condições de trabalho, que geravam frustração, desmotivação, desvalorização. Significações que partilhei em meus dois anos de serviço prestado em EACS rural do município e, talvez por isso, considero tão importante ir além dos impedimentos encontrados e das estratégias utilizadas pelos enfermeiros e desvelar as significações frente a essas condições que podem gerar paralisação e/ou efetiva ação diante das tarefas prescritas.

Quanto à utilização de estratégias, apesar dos enfermeiros entrevistados atribuírem sentimentos contraditórios frente ao seu uso para realizar sua atividade de trabalho, ou seja, satisfação, tranquilidade X tristeza, angústia e medo, creio que o caso aqui exposto vai ao encontro dos enunciados de Clot, pois diante de “tanta falta”, de tanta desorganização do sistema de saúde local, era exatamente o “jeitinho brasileiro”, era exatamente a

“improvisação” que garantia o poder de agir dos enfermeiros, e, conseqüentemente, propiciava resposta às demandas do serviço.

É necessário destacar que essa afirmativa não tem a intenção de “aliviar e/ou retirar a responsabilidade do gestor” em prover condições de trabalho adequadas aos profissionais que atuam no sistema local, assim como também para os usuários. Não quero que pareça que a gestão local possa deixar a situação como está, já que os profissionais acabam, de uma forma ou de outra, respondendo aos usuários e ao próprio sistema. Pelo contrário, gostaria que fosse entendido, através dos sentidos e significados (significações) aqui desvelados que é urgente que os gestores locais revejam e reordenem as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores da saúde e em especial, os enfermeiros, promovendo assim melhor qualidade de vida a nós profissionais da saúde.

Vale ressaltar aqui que as condições de trabalho têm influência direta na satisfação do profissional e na qualidade do serviço prestado. É papel do gestor e do sistema oferecer os meios para que o profissional realize sua atividade de trabalho com qualidade.

Considero que é necessário que os gestores do sistema de saúde local tomem conhecimento dos impedimentos existentes para a realização da atividade de trabalho nas ESFs assim como das significações (sentidos e significados) atribuídos pelos enfermeiros à sua atividade de trabalho desvelados nessa pesquisa a fim de que possam buscar maneiras de melhorar as condições de trabalho dos profissionais, e dessa forma, possibilitar modificações nas significações atribuídas pelos enfermeiros a sua atividade de trabalho.

Tenho certeza que essa pesquisa não conseguiu desvelar todos os constituintes e determinantes da atividade de trabalho do enfermeiro, ou seja, da totalidade do fenômeno estudado, e nem poderia ser essa a intenção. Entretanto, creio que o conhecimento produzido nessa dissertação tenha iluminado pequenas partes constituintes da atividade de trabalho dos enfermeiros que atuam nas UBS/ESF da cidade de Diamantina. Esse conhecimento pode contribuir para a transformação das condições de trabalho atuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT. NR9050: 2004. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 97 p. 2004

AGUIAR, W. M. J.; LIEBESNY, B.; MARCHESAN, E. C.; SANCHEZ, S.G. Reflexões sobre sentido e significado. In: BOCK, A.M.B.; GONÇALVES, M.G.M. (Org.). **A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2009, p.54-72.

AGUIAR, W.M.J. e OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **R. bras. Est. pedag., Brasília**, v. 94, n. 236, p. 299-322, jan./abr. 2013.

AGUIAR, W.M.J. e OZELLA, S. Núcleos de Significação como Instrumentos para Apreensão da Constituição dos Sentidos - **Psicologia Ciência e Profissão**, 2006, 26 (2), 222-245. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n2/v26n2a06.pdf>>

AGUIAR, W.M.J. Reflexões a partir da Psicologia Sócio-Histórica sobre a categoria “consciência”. **Cadernos de Pesquisa**. nº 110, p. 125-142, julho/ 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n110/n110a05.pdf>>

BARBOSA, S.M.C. **Atividade do professor em sala de aula: uma análise das estratégias de ensino a partir da psicologia sócio-histórica**. Tese de Doutorado (Doutora em Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p. 157-173, 2011.

BOCCHI, S.C.M. Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão: manual de estudos para alunos de pós-graduação. **FMB-UNESP**. Botucatu, 2008, 32p.

BOCK, A.M.B. GONÇALVES, M.G.M. e FURTADO, D. (orgs). **Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo, Cortez, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**

Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 72p. Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2012. 318p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2006. Disponível em
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>

BRASIL. **Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a.

CAMACHO, A.C.L.F.; SANTO, F.H.do E. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. **Rev.latinoam.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 13-17, janeiro 2001.

CARNEIRO, E.L. **Da Auditoria assistencial do SUS à atividade de trabalho em vigilância em saúde: contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade para o desvelamento do real da atividade**. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade & Ambiente, nível de Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre. Diamantina, 2013.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**/ Yves Clot; tradução de Adail Sobral. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CLOT, Yves. Clínica do trabalho e clínica da atividade. Originalmente publicado na Nouvelle revue de Psychosociologie, sob o título Clinique du Travail et clinique de l'activité, v.1, n.1, 2006, p.165-177. Tradução de Maria Helena C. V. Trylinsck. In: BENDASSOLLI, Pedro F. , SOBOLI, Lis Andrea. (Orgs) **Clínicas do Trabalho**. São Paulo, Atlas, 2011.

CLOT, Yves. Entrevista. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.9, n.2, p.99-107, 2006a.

CLOT, Yves. **Trabalho e poder de agir**/ Yves Clot; Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. –Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, 368p.

COLOMÉ, I.C.S, LIMA, M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 dez;27(4):548-56.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-181

COUTO, L.P. **Práxis pedagógica sócio-histórica: uma análise da atividade docente**. Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação: Psicologia da Educação. São Paulo, 2007.

DAVIS, C.; AGUIAR, W.M.J. A atividade docente: transformações do professor na perspectiva da psicologia sócio-histórica. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo. Volume 14, nº2, Julho/Dezembro de 2010. p. 233-244.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências & Saúde Coletiva**. 9(1):7-14, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002

ELIAS, M.A. e NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006, julho-agosto; 14(4): 517-25.

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 68p.

FARIA, Horácio P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009 (Caderno de Estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

FERREIRA, M.A. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 out - dez; 15 (4):664-666

FONSECA, J.C.F. A psicologia do trabalho e os processos de formação de educadores na educação profissional de nível básico: itinerários diversos, encruzilhadas constantes. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p.212-231, abr. 2009.

FONSECA, J.C.F. **Saber é poder? A psicologia do trabalho e os modos operatórios de educadores de educação profissional em cursos livres**. Tese (Doutorado em Educação): Faculdade de Educação, UFMG, Belo Horizonte, 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, Jan. 2008.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, Ago. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103

FREITAS, M.T.A. A abordagem Sócio-Histórica como Orientadora da Pesquisa Qualitativa. **Cadernos de pesquisa da Fundação Carlos Chagas**, nº16, p.21-39, julho/2002.

GERNET, I.; DEJOURS, C. A avaliação do trabalho e o reconhecimento. Originalmente publicado na Nouvelle revue de psychosociologie, sob o título Évaluation du travail et reconnaissance, v.8, n.2, 2009, p.27-36. Tradução de Maria Helena C. V. Trylinski. In: BENDASSOLLI, Pedro F. , SOBOLI, Lis Andrea. (Orgs) **Clínicas do Trabalho**. São Paulo, Atlas, 2011.

LEONTIEV, Aléxis. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Editora Moraes Ltda, s.d.

MACHADO, V.C. **Os sentidos atribuídos a promoção da alimentação saudável na escola por uma professora do ensino fundamental de Diamantina/MG**. Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação: Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Dezembro, 2009.

MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**. 12 (3): 402-413, jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.; DERMAZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.12, n.2, p.204-213, 2009.

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2008. (Guia do Tutor/Facilitador).

MINAYO, Maria C.S. (Org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 3 (1): 113-125, jan. - mar., 2003

MOURA, B.L.A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componentes da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl.1): 569-581 nov., 2010.

MURTA, A.M.G. Anotações – notas de sala de aula 2013.

MURTA, A.M.G. **Contribuições da psicologia sócio-histórica para a educação inclusiva: Os sentidos produzidos por professores da educação infantil de uma cidade do Vale do**

Jequitinhonha acerca da inclusão escolar. Dissertação apresentada à banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação: Psicologia da Educação. PUC/SP, São Paulo, 2004.

MURTA, A.M.G. **Da Atividade Prescrita ao Real da Atividade: análise da atividade docente em uma escola regular, sob a perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade.** 233 p. Tese apresentada à banca examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Educação: Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2008. Disponível em <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7047>

NAUDERER, T.M. e LIMA, M.A.D.S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do Sul do Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, 16(5), 96-100, set-out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_15.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca.** Relatório Mundial de Saúde 2008. Brasília: OMS, 2008.

PASSOS, C.M. **O trabalho do enfermeiro na atenção básica de belo horizonte: Avaliação das ações programáticas.** 121p. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Belo Horizonte, 2011.

PEDROSA, I.C.F., CORRÊA, A.C.P. e MANDU, E. N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude** 2011 Jan/Mar; 10(1):058-065.

PINTO, E.S.G. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a estratégia de saúde da família.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Natal- RN, 2008.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.96-101, dezembro, 2000.

SANTOS, Eloisa Helena. Trabalho Prescrito e Real no Atual Mundo do Trabalho. **Revista Trabalho e Educação.** Belo Horizonte, n.1, p. 13-27, fev/jul.1997. Disponível em <http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/viewFile/953/831>

SANTOS, L. G. e LEÃO, I. B. O inconsciente sócio-histórico: notas sobre uma abordagem dialética da relação consciente – inconsciente. **Psicologia & Sociedade**; 24(3): 638-647, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/17.pdf>>

SCHRADER, G. et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2012, mar-abr; 65(2): 222-6.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2ed. Brasília: UNESCO: 2004, 726p.

VIGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução Paulo Bezerra. – 2ª ed. – São Paulo. Editora WMF Martins Fontes, 2009.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, Rosalba P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1.355-1.360, 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidar expressão humanizada da enfermagem**. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2006.

ZAMBONI, J. BARROS, M.E.B. de Micropolítica da Atividade. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.36, p.113-137, jan/jun. 2012.

APÊNDICE A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade para a compreensão da atividade de trabalho do enfermeiro das EACS em Diamantina e a produção de catacrese.

Pesquisador: Roberta Porto Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19439213.8.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 431.288

Data da Relatoria: 05/11/2013

Apresentação do Projeto:

Com a evolução da saúde pública no Brasil e a criação do Sistema Único da Saúde o enfermeiro passa a ter um papel de destaque frente às Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). O presente trabalho tem como objetivo geral levantar, analisar e desvelar através da aplicação de questionários, observação e entrevista se os enfermeiros das unidades básicas de Saúde do município de Diamantina, especificamente EACS, produzem catacrese durante a realização da sua atividade de trabalho, e, se sim, o porquê, em que circunstância e quais sentidos e significados atribuem a essa produção. Serão convidados a participar 14 enfermeiros das 14 equipes de saúde da atenção primária do município de Diamantina-MG para responderem ao questionário fechado. Dentre as 14 equipes, duas - sendo uma urbana e uma rural - classificadas como EACS serão selecionadas para: observação da estrutura física e observação da estrutura material da unidade, bem como observação da atividade de trabalho do enfermeiro, que também participará de uma entrevista focal e recorrente. Para a análise do questionário será utilizado o software Epiinfo6.04d para cálculo da frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão. Para desvelar sentido e significado será utilizado a estratégia analítica dos núcleos de significação. Para análise das observações/produção de catacrese será utilizada análise comparativa descritiva. Descobrir se esses profissionais, mesmo sem terem

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

condições adequadas de trabalho, buscam estratégias para garantir o atendimento à população é importante para desvelar a condição de trabalho do enfermeiro e sua capacidade de inovar, superar, desenvolver seu trabalho e prestar um atendimento de qualidade.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

- Levantar, analisar e desvelar através da aplicação de questionários, observação e entrevista se os enfermeiros das unidades básicas de saúde do município de Diamantina, especificamente EACS, produzem catacrese durante a realização da sua atividade de trabalho, e, se sim, o porquê, em que circunstância e quais sentidos e significados atribuem à produção de catacrese.

Objetivos Secundários:

- Verificar e descrever a estrutura física e material da EACS e se essas satisfazem as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Observar, analisar e desvelar se há produção de catacrese durante a realização da atividade de trabalho do enfermeiro da EACS, se sim, em que circunstâncias estas ocorrem. Quais os sentidos e significados que os enfermeiros das EACS atribuem à produção de catacrese.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os riscos relacionados à participação dos sujeitos incluem:

- Para os enfermeiros - constrangimento ao responder as perguntas do questionário e entrevista. Esse risco será minimizado na medida em que o participante poderá se recusar a responder qualquer questão. Os riscos da observação estão relacionados ao possível constrangimento durante a observação da atividade de trabalho, ao possível constrangimento que a observação pode causar à paciente afetando a intervenção. Entretanto, esses riscos serão minimizados na medida em que será explicado ao enfermeiro que não será realizada uma avaliação da qualidade do seu atendimento e da execução da técnica, mas somente se

observará se o profissional utiliza de estratégias diferentes das preconizadas para alcançar os resultados propostos (produção de catacrese). Poderá também ser minimizado uma vez que a enfermeira poderá solicitar a retirada da pesquisadora do recinto a qualquer momento.

- Para a usuária: os riscos estão relacionados ao constrangimento gerado pela presença da pesquisadora durante seu atendimento, entretanto, ressalta-se que esta paciente já terá dado sua aquiescência no momento em que será informada da pesquisa no agendamento, e acredita-se, portanto, que o fato dela já estar ciente com antecedência dessa observação poderá ser fator de

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

minimização desse constrangimento. No entanto, se durante a observação e na ocorrência de qualquer constrangimento/intercorrência não prevista poderá ser solicitado a retirada imediata da pesquisadora do ambiente de atendimento. O fato da pesquisadora ser enfermeira e mulher pode também servir como fator para minimizar o constrangimento da observação.

Benefícios:

- Os benefícios da participação são indiretos, pois as informações fornecidas contribuirão para conhecer a realidade trabalho dos enfermeiros de EACS e ESF do município de Diamantina e a capacidade de produção de catacrese em suas atividades de trabalho, contribuindo assim para o melhor conhecimento científico na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta é uma pesquisa de campo qualitativa que utilizará a Psicologia Sócio-Histórica e a clínica da Atividade como norteadores das reflexões. Participarão 56 sujeitos: 14 enfermeiros das equipes de saúde da atenção primária de Diamantina e 42 usuárias das EACS. O local para realização da pesquisa será 2 EACS, 1 urbana e 1 rural. Os procedimentos estão divididos em etapas. Pretende-se que todas elas sejam realizadas nas EACS, garantindo-se o sigilo, confidencialidade e salubridade dos sujeitos. Datas e horários para a execução serão acordados previamente. 1ª etapa-Apresentação e convite coletivo para participação da Pesquisa durante reunião mensal de planejamento da SMS. Leitura e assinatura do TCLE. 2ª- Aplicação do questionário para os 14 enfermeiros das EACS e ESF - versará sobre a realidade de trabalho do profissional, estrutura física e material permanente e de consumo e produção de catacrese.3ª- Observações:2 EACS serão selecionadas. Critério: aquiescência do enfermeiro. Se houver aceitação de mais de 2, o pesquisador optará pelo que tiver maior tempo de atuação na equipe e possuir agenda de atendimento

mensal (nela devem estar previstos os dias de atendimento às ações de saúde da mulher durante o mês em questão). 3.1- Observação da estrutura física e material: o pesquisador acompanhado do enfermeiro percorrerá a unidade munido de uma trena e um check list e anotará as condições encontradas. Tempo previsto: 2 horas. 3.2- Observação da atividade de trabalho: o pesquisador se posicionará em um canto da sala de atendimento e de posse de uma caderneta anotará as ações realizadas pelo enfermeiro e os materiais utilizados durante o atendimento. Pretende-se, realizar 3 períodos de observações com duração de 3 horas cada (1 no início, 1 no meio e 1 no final do mês acordado, alternando-se os períodos da manhã e tarde) em cada EACS. Ressalta-se que: a) a observação se dará nos dias de

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 431.288

atendimento das ações de estratégias para redução da mortalidade materna e infantil e redução do câncer do colo de útero e de mama; b) será requerido ao enfermeiro que no agendamento para o atendimento informe às pacientes sobre a pesquisa e solicite autorização para a observação do mesmo. Será assegurado que, ainda que não aceitem a observação, sua consulta/atendimento será garantida. Para aquelas que aceitarem, na ocasião do atendimento será assinado o TCLE; c) não será realizada uma avaliação da qualidade do atendimento do enfermeiro e da execução da técnica, somente se observará se o profissional utiliza de estratégias diferentes das preconizadas para alcançar os resultados propostos (produção de catacrese). 4ª- Entrevistas focais e recorrentes que serão audiogravadas e transcritas. Serão realizadas duas com cada enfermeiro das EACS selecionadas, com duração de cerca de 2 horas cada. 1ª entrevista: se dará antes das observações. Versará sobre: dados pessoais, processos de formação e inserção na atividade profissional, significados atribuídos à atividade, condições reais para execução e rotina de atividade de trabalho. 2ª entrevista: acontecerá após realização das observações e prévia análise da primeira entrevista. O objetivo é elucidar, complementar informações que não ficaram claras, confrontar informações prestadas com a observação da atividade prática e desvelar as significações atribuídas pelo profissional à sua atividade e as catacrese.

Considerações éticas: a participação de todos é voluntária e todas as despesas serão arcadas/ressarcidas pela pesquisadora; que compromete-se com a garantia da não identificação do profissional (utilização de codinomes), suspender ou encerrar a pesquisa havendo qualquer fato que comprometa a integridade física, moral ou psicológica dos sujeitos envolvidos. O material produzido ficará sob guarda e responsabilidade da

pesquisadora que compromete-se a utilizar as informações de forma ética conforme a Resolução 466/12. Entrevistas são, geralmente, rica fonte de informação, dessa forma será solicitado autorização para reutilizá-la em pesquisas posteriores. Para a análise do questionário será utilizado o software Epiinfo6.04d para cálculo da frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão. Para desvelar sentido e significado será utilizado a estratégia analítica dos núcleos de significação. Para análise das observações/produção de catacrese será utilizada análise comparativa descritiva. Para a análise do questionário será utilizado o software Epiinfo6.04d para cálculo da frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão. Para desvelar sentido e significado será utilizado a estratégia analítica dos núcleos de significação. Para análise das observações/produção de catacrese será utilizada análise comparativa descritiva. Para a análise do questionário será utilizado o software Epiinfo6.04d para

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 431.288

cálculo da frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão. Para desvelar sentido e significado será utilizado a estratégia analítica dos núcleos de significação. Para análise das observações/produção de catacrese será utilizada análise comparativa descritiva. Para a análise do questionário será utilizado o software Epiinfo6.04d para cálculo da frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão. Para desvelar sentido e significado será utilizado a estratégia analítica dos núcleos de significação. Para análise das observações/produção de catacrese será utilizada análise comparativa descritiva. Para análise do questionário será utilizado Software Epiinfo para cálculo da frequência absoluta e relativa, mediana e desvio padrão e análise descritiva. Para análise das entrevistas, para desvelar sentido e significado será empregada a estratégia analítica de núcleos de significação. Para análise das observações de produção de catacrese será utilizada análise comparativa descritiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foi apresentado o Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto, Cronograma, TCLE e Carta da Instituição Co-partícipe.

Recomendações:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 30/07/2014. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

DIAMANTINA, 21 de Outubro de 2013

Assinador por:
Thais Peixoto Gaiad Machado
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

1 – Identificação: _____

2 – Unidade de Saúde: _____ESF _____EACS

_____Urbana _____Rural

_____Adaptada _____Construída

3 – Existe manual de normas e rotinas na unidade? ____Sim ____Não

Se sim, este é seguido? ____Sim ____Não

4 – Sobre o ambiente físico da unidade:

4.1 – Você conhece as normas do Ministério da Saúde sobre a estrutura física das UBS?
____Sim ____Não

4.2 – Você o considera adequado conforme as normas do Ministério da Saúde: ____Sim
____Não

4.3 – Possui estrutura com condições de acessibilidade adequadas para portadores de deficiência física e/ou idosos?

4.4 – Informe se a unidade possui as dependências básicas abaixo relacionadas, o número e se as condições de iluminação, ventilação e umidade são adequadas:

Dependência	Número	Iluminação		Ventilação		Umidade	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Sala de recepção/espera							
Consultório médico							
Consultório de enfermagem							
Sala de procedimentos							
Sala de imunização							
Sala de curativo							
Expurgo							
Sanitário funcionários							
Sanitário público							

Consultório odontológico							
Copa/cozinha							
Serviço de arquivo médico							
Almoxarifado							
Esterilização							
Sala de reunião							
Abrigo de resíduos sólidos							
Farmácia							

Se você considerou algum item como inadequado, especifique o por quê.

5 – Sobre os equipamentos básicos da unidade:

5.1 – Você acredita que a unidade está adequadamente abastecida de materiais de uso permanente? ____Sim ____Não

5.2 – Existe manutenção preventiva para os equipamentos que necessitam de tal? ____Sim ____Não

5.3 – Sobre os equipamentos básicos abaixo relacionados informe se existem na unidade e se estão em condições adequadas de uso:

Equipamento	Existe		Em condições de uso	
	Sim	Não	Sim	Não
Estetoscópio				
Esfigmomanômetro adulto				
Esfigmomanômetro infantil				
Fita métrica				
Termômetro				
Maca				
Balança adulto				
Balança infantil				
Antropômetro vertical				
Antropômetro horizontal				

Foco				
Mesa ginecológica				
Sonar				
Biombo				
Otoscópio				
Lanterna				
Nebulizador				
Mesa auxiliar				
Geladeira exclusiva para vacina				
Glicosímetro com fitas				
Material de emergência (equipamentos)				
Material de emergência (medicamentos)				
TV				
DVD				

Se em algum item foi assinalado como sem condições de uso, especifique o por quê.

6 – Sobre materiais de consumo (insumos):

6.1 – Você considera que a quantidade enviada mensalmente é suficiente? ____Sempre
____Quase sempre ____Quase nunca ____Nunca

6.2 – Existe necessidade de realizar estoque de algum material para meses com menor oferta?
____Sempre ____Quase sempre ____Quase nunca ____Nunca

6.3 – A quantidade solicitada é a mesma enviada? ____Sempre ____Quase sempre ____
Quase nunca ____Nunca

6.4 – Sobre os materiais de consumo/insumos abaixo relacionados informe se estão disponíveis na unidade e se há falta em alguma época do mês:

Material	Disponível na unidade		Frequência com que fica em falta no mês			
	Sim	Não	Sempre	Quase sempre	Quase nunca	Nunca
Medicamentos						
Formulário						

Fichas de atendimento						
Luva de procedimentos						
Luva estéril						
Máscara						
Gorro						
Lençol de papel						
Gaze						
Soro fisiológico						
Seringa para insulina						
Algodão						
Álcool 70%						
Espéculos ginecológicos						
Saco p/ lixo comum						
Saco p/ lixo contaminado						
Caixa de perfuro cortante						
Cartão de vacina						

7 – Quando existe falta de algum equipamento ou material você utiliza de outros métodos para realizar a tarefa? ____ Sempre ____ Quase sempre ____ Quase nunca ____ Nunca

7.1 – Mesmo havendo o material ou equipamento preconizado para realização da tarefa, se julgá-lo inadequado, você utiliza de outra estratégia para realizá-la? ____ Sempre ____ Quase sempre ____ Quase nunca ____ Nunca

8 – Você já necessitou de afastamento (atestado e/ou licença médica)? ____ Sim ____ Não

8.1 – Se sim, quantas vezes no último ano?

8.2 – Você considera que esse(s) afastamento(s) estava(m) relacionado(s) com motivos ligados ao trabalho (condições de trabalho, stress, dentre outras)? ____ Sempre ____ Quase sempre ____ Quase nunca ____ Nunca

APÊNDICE C



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e
Mucuri



Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ENFERMEIROS

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: Contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade para a compreensão da atividade de trabalho do enfermeiro das EACS em Diamantina e a produção de catacrese, em virtude de ser enfermeiro inserido em Estratégia de Saúde da Família ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde de Diamantina - MG, coordenada pela Aluna de Mestrado Roberta Porto Silva e contará ainda com a participação da Professora Doutora Agnes Maria Gomes Murta e da Professora Doutora Nadja Maria Gomes Murta.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina – MG, ESF ou EACS.

Os objetivos desta pesquisa são: levantar, analisar e desvelar através da aplicação de questionários, observação e entrevista se os enfermeiros das unidades básicas de saúde do município de Diamantina, especificamente EACS, produzem catacrese durante a realização da sua atividade de trabalho, e, se sim, o por quê, em que circunstância e quais sentidos e significados atribuem a essa produção (a produção de catacrese ocorre quando, na falta da materialidade adequada para realização da sua atividade de trabalho o trabalhador utiliza de forma criativa e improvisada outros materiais).

Informo que esta pesquisa está dividida em etapas. Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) as seguintes etapas: A primeira constitui na aplicação de um questionário fechado que visa conhecer sua realidade de trabalho (duração aproximada de 2 horas). Este será aplicado para todos os enfermeiros das ESF e EACS. Na segunda etapa serão selecionados apenas dois enfermeiros de EACS (uma rural e uma urbana). Caso você queira participar dessa etapa e seja a selecionada, você será submetido aos seguintes procedimentos: 1) Responder a uma entrevista que buscará conhecer seus dados pessoais, processos de formação e inserção na atividade profissional, significados atribuídos à atividade, condições reais para execução e rotina de atividade de trabalho. O tempo previsto para tal é aproximadamente 2 horas. 2) Acompanhar a pesquisadora em uma visita técnica à Unidade de Saúde para que possam ser observadas as condições concretas (estrutura física e material) das mesmas (aproximadamente de 2 horas de duração). 3) Informar as usuárias no momento do

agendamento do atendimento sobre a proposição da pesquisa e solicitar das mesmas a autorização para que tenham seu atendimento observado por mim. 4) Ter sua atividade de trabalho observada (de acordo com sua agenda mensal de atendimento) especificamente nos dias de atendimento das ações de estratégias para redução da mortalidade materna e infantil e redução do câncer do colo de útero e de mama. Pretendo realizar em um mês combinado com você, 3 sessões de observação (uma no início, uma no meio e outra no final do mês, alternando o período da manhã e tarde). Cada sessão de observação terá duração aproximada de 3 horas. 5) Realização de uma segunda entrevista com previsão de duração de aproximadamente 2 horas onde espero conversar sobre as informações dadas anteriormente e as práticas observadas. As entrevistas serão audiogravadas com a utilização de um gravador digital e posteriormente transcritas para análise. Você terá acesso a todo material transcrito e caso queira solicitar ou sugerir alterações ou subtração de partes a pesquisadora se compromete em realizá-los. Pretendo que todas as etapas sejam realizadas nas Unidades de Saúde em local que deverá garantir sigilo das informações, privacidade e salubridade dos sujeitos. Caso não seja possível a aplicação do questionário e a realização das entrevistas neste recinto, combinaremos outro, que também deverá garantir sigilo das informações, privacidade e salubridade.

As entrevistas são, geralmente, rica fonte de informações, dessa forma solicito a sua autorização para a reutilização das informações geradas para possíveis pesquisas posteriores. Caso você permita me comprometo a submeter a nova pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa e garantir os preceitos éticos conforme a resolução 466/12.

Os riscos relacionados à sua participação incluem o constrangimento ao responder às perguntas do questionário e entrevista. Esse risco será minimizado na medida em que você poderá se recusar a responder qualquer questão e posteriormente ao ler a transcrição poderá solicitar a retirada ou modificação de partes das mesmas. Os riscos da observação estão relacionados ao possível constrangimento que você possa vir a sentir durante a observação da sua atividade de trabalho, entretanto, esse risco poderá ser minimizado na medida em que te informo que não será realizada uma avaliação da qualidade do seu atendimento e/ou da execução da técnica, mas somente observarei se você utiliza de estratégias diferentes das descritas para alcançar os resultados propostos (produção de catacrese). Também a observação pode causar constrangimento à paciente que estará em atendimento, podendo afetar a intervenção. Entretanto, esse risco poderá ser mínimo na medida em que este paciente já foi anteriormente informado por você da observação e te informou aceitar a mesma e, também porque, caso no momento do atendimento, ele se sentir constrangido, você e/ou a paciente poderão solicitar a retirada imediata da pesquisadora do recinto. O fato da pesquisadora ser enfermeira e mulher pode também servir como fator para minimizar o constrangimento da observação. Acredito que a solicitação de autorização para a observação do procedimento também seja um fator que minimize o constrangimento por parte da paciente, já que a mesma já estará ciente da presença da pesquisadora no ambiente. Informo ainda que a recusa em responder qualquer questão ou a recusa da observação não acarretará em prejuízo para você ou para a paciente em relação a pesquisadora, a UFVJM ou a Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina.

Os benefícios da sua participação (e da paciente), são indiretos, pois as informações fornecidas por você contribuirão para conhecer a realidade trabalho dos enfermeiros de EACS

e ESF do município de Diamantina e a capacidade de produção de catacrese em suas atividades de trabalho.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosas, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está previsto nenhum gasto financeiro na pesquisa da sua parte, mas caso aconteça haverá ressarcimento das despesas pela pesquisadora. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização. Comprometo-me por fim a respeitar e cumprir todos os preceitos éticos apregoados na resolução 466/12.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Roberta Porto Silva

Endereço Rua Municipal, 207- Vila Operária

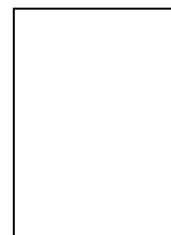
Telefone (38) 8801-2306

Assinatura da Coordenadora _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____



Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –

Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Thais Peixoto Gaiad

Secretaria: Dione Conceição de Paula

Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

APÊNDICE D

ENTREVISTA Enf.1

Roberta: Primeira entrevista, no ESF1, 12 de fevereiro. Enf.1, então primeiro com seus dados pessoais, tá? Seu nome completo.

Enfermeira 1: Enf.1.

R: A sua idade...

E1: É, 37 anos.

R: Estado civil?

E1: Casada.

R: Sua naturalidade.

E1: Diamantina, Minas Gerais.

R: Você formou em que ano e em que instituição?

E1: Eu formei na UFVJM, que antes não era UFVJM, que era é...

R: FAFEOD?

E1: FAFEOD...

R: FAFEID ou FAFEOD?

E1: Eu entrei FAFEID, formei FAFEOD. Eu entrei FAFEOD, formei FAFEID, né? E hoje é UFVJM. E formei em 2000, dezembro de 2000.

R: Tá. O que que é ser enfermeiro pra você? Numa visão geral...

E1: Bom, ser enfermeiro pra mim é uma profissão que... que a primeira coisa que é escolha, né? Eu acho que ser enfermeiro é ter consciência que uma das coisas principais é você cuidar, né? Cuidar do outro, ter responsabilidade. Acho que ser enfermeira é uma profissão muito bacana, muito boa, apesar que não está sendo valorizada. Mas eu acho que ser enfermeiro é você, é... ter humanidade, ter condições de estar bem pra você cuidar do outro. É... eu acho que é estudo, ser enfermeiro é ter conhecimento teórico, ter conhecimento básico pra você poder atuar, porque só também ter é... questão de gostar de cuidar não adianta. Você tem que ter embasamento teórico também. Então eu acho que pra você ser enfermeiro primeira coisa tem que ser profissional, tem que ser capacitado pra você ser um bom profissional. "Que que isso?"

R: Você se vê assim?

E1: Acho que sim, vejo. Porque tem outra coisa que tem que gostar do que faz, e eu gosto do que eu faço, gosto mesmo. Apesar que tem horas que a gente fica meio desanimado,

desmotivado mas eu assim, eu fiz por escolha, então eu gosto do que eu faço. Escolhi ser enfermeira. Então eu gosto.

R: Uhum. Você teve emprego anteriores a esse?

E1: Tive, eu tive um emprego no "Instituto Brasileiro de Geologia, que é o IBGE"

R: Você ficou quanta tempo lá?

E1: Fiquei 2 anos.

R: Por que saiu?

E1: Porque ela teve, teve, era serviço temporário.

R: Uhum.

E1: Que era na época do Censo. Só esse serviço que eu tive antes.

R: Antes?

E1: Depois eu fiz a faculdade e já fui direto ingressar na carreira de enfermagem.

R: Tá. E sendo enfermeira? Aqui é seu primeiro emprego ou você...

E1: Não

R: Já trabalhou em outros lugares?

E1: Já trabalhei em outros lugares, porque quando eu formei fui trabalhar em Belo Horizonte

R: Hum

E1: Eu trabalhei na CTI neonatal, e no hospital ortopédico por 4 meses. Fiquei em Belo Horizonte, depois desses 4 meses eu vim pra próximo da minha cidade, Diamantina, que foi Monjolos. Aí lá eu comecei a trabalhar na saúde pública, foi PSF, trabalhei lá por 6 anos e aqui já tem 6 anos que eu to aqui também na Estratégia Saúde da Família.

R: E você saiu de Monjolos pra cá, pra ficar na cidade, por que que foi?

E1: Eu saí de lá, porquê, lá eu era concursada, eu até exonerei do cargo, mas eu tive problema de saúde na família, minha mãe ficou doente e surgiu uma vaga aqui na cidade, então eu achei mais fácil pra mim trabalhar aqui

R: Uhum.

E1: Aí eu vim pra cá pra trabalhar aqui, quando eu trabalhei em Monjolos eu trabalhei também dando aula em Curvelo, porque era muito próxima a cidade e a gente ia todo dia à noite pra dar aula em Curvelo, pro técnico em Enfermagem. Aí foi eu fiquei lá 6 anos trabalhando em Monjolos na Estratégia Saúde da Família e em Curvelo. Depois eu vim pra cá

e trabalhando aqui na Estratégia de Saúde da Família, e trabalho também no SENAC dando aula também no técnico de enfermagem.

R: Uhum. Então a quanto tempo você ta na Estratégia?

E1: Ao total?

R: Nessa aqui.

E1: Nessa aqui 6 anos.

R: 6 anos...

E1: 6 anos.

R: Como você entrou? Teve processo seletivo?

E1: Processo seletivo simplificado. Análise de currículo e entrevista.

R: Tá. Quais eram as suas expectativas quando começou?

E1: Quando começou eu achava assim que a gente ia conseguir mudar as coisas, né? Fazer uma saúde ideal, pra que você pudesse trazer... a gente chega muito empolgado achando que você vai mudar a qualidade de vida das pessoas, as condições de vida, o acesso, mas a gente chega muito empolgado, porque lá onde eu trabalhava a gente conseguia fazer muita coisa, muita, muita coisa. A gente tinha acesso muito fácil há muita coisa. Não sei, acho que uma cidade menor, as pessoas a gente conseguia as consultas com facilidade, a gente conseguia grupos, os grupos eram muito ativos, eu cheguei aqui com essa empolgação muito grande.

R: Uhum.

E1: Então era esse, essa, assim, eu cheguei aqui assim, muito animada, muito mesmo. Expectativa muito boa, com muita animação, achei assim que por ser uma cidade maior que a gente teria muito acesso há muitas coisas, né? Ter contato com outros colegas de serviço isso é essencial, porque quando eu trabalhava lá eu ficava muito sozinha, porque era eu sozinha mesmo, então não tinha muito contato. Cheguei aqui com expectativa de estudar de fazer novos cursos, então assim, cheguei com uma expectativa maravilhosa.

R: Tá. E dessa expectativa o que se realizou?

E1: Muita coisa. Estudei, fiz muito curso, to fazendo mestrado. Tenho contato com vários colegas, isso é ótimo, a gente tem outras experiências, você consegue compartilhar, né, com outros médicos, com outras vivências, isso é maravilhoso. Tem atenção secundária que apesar dela tá com problema mas a gente tem ainda contato, isso foi ótimo. Só que a gente perde um pouco assim, a gente fica meio, meio um pouco desempolgado, porque a gente sabe que as coisas não caminham tão quanto deveria, né? É mais dificuldade pra marcar as consultas, né, as coisas são muito demoradas pela prefeitura, às vezes atrapalha um equipamento você fica tempos e tempos tentando consertar aquilo, as unidades de saúde elas são casas adaptadas,

então a gente não tem muita facilidade para fazer grupos, isso eu não to justificando que eu não faço

R: Uhum

E1: A gente faz grupos, mas não quanto deveria, a gente assim, não tem umas salas pra poder fazer reunião com os agentes de saúde, então a gente fica meio assim, perde um pouco aquela empolgação de antes. Eu acho também que a coordenação fica muito distante da gente, a gente às vezes solicita algumas coisas, as coisas demoram muito, é, pedidos de exames, às vezes você fica, vê que o paciente não resolve aquelas, coisas complicadas que não resolvem, então isso vai desmotivando a gente. Então eu perdi um pouco de motivação depois que eu cheguei, assim, eu fiquei muito tempo muito empolgada, depois você vai ficando um pouco desiludida pela realidade que não é a mesma de um município muito pequeno igual eu trabalhava.

R: Então o sentimento que você tem...

E1: É um sentimento assim de angústia, de querer resolver, querer fazer e a gente não con, não conseguir lá na frente fazer porque tem coisas que barram, não depende só da gente, então é um sentimento de angústia de às vezes frustração, que a gente não consegue resolver o que precisava.

R: Tá. Na sua função. Qual é a sua função na equipe e o que você faz?

E1: Uma das coisas de função que a gente tem é a função administrativa, que é a parte burocrática, fechamento de produção, você controlar a equipe, você coordenar a equipe, você coordenar o serviço, os equipamentos, os materiais, tudo depende da gente. Além disso, tem as consultas de enfermagem que são exclusivas que a gente faz, que são as consultas de puericultura, pré-natal, prevenção, é... as questões de atendimento às crianças, a demanda espontânea, né? Atendimento aos grupos educativos, que eu tenho grupo de gestante, grupo de hipertenso, diabéticos, é... as visitas domiciliares que a gente tem que fazer também às vezes curativos em casa, trocas de sonda, isso tudo sou eu, né?

R: Uhum

E1: Avaliação da vacinação, hoje em dia eu não faço muito serviço técnico, porque eu consegui separar, eu tenho a minha função e o técnico tem a dele. Eu consigo deixar pro técnico assumir curativos, assumir vacinação, assumir pesagem, eu não faço isso muito mais. Porque eu tenho que assumir a parte que é minha, exclusiva minha. Então, por exemplo, quando um curativo mais difícil no domicílio, eu vou, avalio, às vezes a gente orienta o técnico a ir depois e continuar o atendimento. Porque senão a gente não consegue fazer o serviço que é de demanda minha, né?

R: Uhum.

E1: Outra coisa que a gente tem que fazer também é... avaliar o serviço dos agentes que é muito pesado, né? Então a gente tem que avaliar também o serviço como é que tá sendo feito

dos técnicos e dos agentes, ajudar o médico às vezes em alguma consulta que ele precisa, né? Os encaminhamentos, os encaminhamentos, por exemplo, pro CISAJE normalmente sou eu que faço, são quase todos do HIPERDIA, das gestantes de alto risco, sou eu que faço, as crianças, por exemplo, que são aquelas que enquadram pra asma sou eu que faço também o encaminhamento, então, tá muito pesado, é muito serviço.

R: Tá, então você acha que a sua função no que tá preconizado pelo ministério...

E1: Hum...

R: Você faz tudo

E1: Hum...

R: ...ou você faz só aquilo..

E1: Ta.

R: ...você faz a mais? Como é que você define isso?

E1: Não, eu acho que eu não faço tudo. Uma das coisas que a gente deixa de fazer muito, que tem que fazer é a promoção em saúde...

R: Uhum

E1: A gente acaba que não tem tempo pra fazer a promoção em saúde. A gente atende, atende muito, faz muito encaminhamento, muito pedido de exame, muito o que a pessoa quer, muito imediatista, e acaba que a promoção, a prevenção ela fica um pouco de lado. Visita domiciliar mesmo que eu deveria fazer mais eu não consigo fazer, promoção que são as reuniões, os grupos operativos, fazer atividades diferentes pra melhorar a, o psicológico das pessoas que a gente deveria atuar nisso, a gente faz muito pouco, outra coisa que eu acho que eu faço muito pouco, que é preconizado que a gente tem que fazer que é capacitação com a equipe, eu faço muito pouca, uma que a gente não tem tempo e outra que a população ainda não tá assim, com, ela não tá educada pra isso, eles não aceitam muito que a gente, por exemplo, feche um período pra fazer uma capacitação, então acaba que a gente não faz muita capacitação, então acho que isso fica a desejar.

R: E qual é o seu sentimento a respeito disso?

E1: Ai, a gente fica frustrado, porque assim, a gente sabe que estratégia saúde da família ela não é postão de saúde, ela não é pra ficar aqui só na parte curativa...

R: Uhum...

E1: Ela é para prevenir, e a gente acaba que não faz isso adequadamente, então a gente fica frustrado com isso. Você sai vai embora pra casa e fala assim: Poxa eu to acabada, esgotada, e não fiz o que eu deveria ter feito. Então isso é uma angústia muito grande que a gente tem, angústia, ansiedade, você quer lá na frente ver que poderia ser melhor, sabe? Que às vezes não

poderia tá acontecendo tanto caso complicado igual tá acontecendo se a gente tivesse feito um bom trabalho lá da prevenção, isso dá muita tristeza. Angústia mesmo.

R: Tá. Qual que é o seu sentimento em trabalhar na Prefeitura de Diamantina?

E1: É... (pausa)

R: Pode ser franca. Será mantido o anonimato...

E1: Tá. (Risos) Angústia! Porque a gente sabe, que a gente não, uma das coisas a gente não tem segurança, porque a gente é processo seletivo simplificado. Outra que a gente não tem voz ativa. As pessoas não, não escutam a gente, entendeu? A Prefeitura tá longe da gente, ela tá distante, ela não trabalha unida com a gente, ela não trabalha com a equipe, ela não quer saber muito o que tá acontecendo com a gente aqui, ela quer saber de produção, de que você tem que dar conta do serviço, então assim, é angústia. Sabe? A gente é frustrado por trabalhar nessa prefeitura, infelizmente, sabe?

R: Uhum.

E1: Eu gosto do meu serviço, adoro meu serviço, mas a situação do jeito que tá não tá legal. Não tá legal mesmo.

R: Tá. E me fala do seu sentimento com essa possível mudança que a gente sabe que vai ocorrer, do rodízio de enfermeiros nas estratégias.

E1: Tá. Eu acredito que o rodízio deveria ter acontecido no início, tudo bem. Você, então você vai passar por outras unidades, você vai ver como é a realidade de outros postos, tá. Mas sem ter criado vínculo com a unidade, com a po, com a equipe e com a população. Agora que a equipe já criou vínculo, que a gente conhece a população isso tá dando uma angústia muito grande, porque a gente vai começar do zero em outra unidade. Você vai ter que conhecer todo mundo de novo, pra você começar a fazer todo um trabalho de novo, acho que é tempo perdido. Então quer dizer que o que a gente fez aqui até hoje não valeu de nada? O vínculo que a gente criou ele não valeu de nada? Sendo que é um dos atributos da atenção primária é vínculo com a população, isso não, eles tão deixando que isso aconteça. Então é uma angústia, é uma tristeza, eu fico triste de saber que a gente vai ter que sair da unidade que a gente fez um trabalho tão bom, ir pra outra que você vai ter que começar do zero, porque é do zero. E uma população muito grande, que a gente custa a conhecer todo mundo. Eu aqui trabalho com 3900 pessoas, não foi do dia pra noite que eu consegui vínculo com a população. É uma vida. Eu tenho seis anos que eu to aqui e eu ainda não conheço todo mundo. A gente conhece de vista, mas a fundo a gente ainda não conhece. Agora pensa só, sair daqui, ir pra outra população que você vai ter que começar tudo de novo. Então é muito ruim. É péssimo, a gente não tá satisfeito, tá achando ruim sair mesmo, a gente não queria isso.

R: Uhum. E qual é o seu sentimento de trabalhar nessa estratégia?

E1: Adoro! Porque a equipe é muito boa, a gente é muito unido, tem problema? Tem como todos, mas a equipe é assim, acontece um problema com um, todos ajudam. Todos tentam resolver, assim, um apoia o outro, tem muitos problemas que às vezes a gente, né? De dificuldade como tem em qualquer trabalho, mas essa equipe, eu gosto de trabalhar aqui. A população é complicada? É, mas em todo lugar é complicado.

R: Uhum.

E1: Então assim, mas a equipe é ótima de trabalhar, eu gosto a gente faz um serviço legal, tenta ajudar um ao outro, então eu gosto muito de trabalhar aqui.

R: Tá. Quando você respondeu ao questionário você identificou que das dez dependências básicas que tem na unidade, nove não se encontram totalmente adequadas quanto a iluminação, ventilação ou umidade.

E1: ãhan...

R: Qual que é o seu sentimento em trabalhar em uma unidade com tais condições?

E1: Ah.. é ruim, porque assim, a gente é... quer fazer um trabalho legal com a população, você mostra que é importante você ter um local bom, dentro de casa e tudo, sendo que a unidade você não tem, você não tem um espaço físico legal. Então isso traz angústia pra gente, às vezes você quer fazer um grupo maior, você não consegue, né? Às vezes tem mofo na unidade, então assim, isso é ruim porque não é o, você vai num local que você cuida de saúde, pois nesse local já tá ruim. Como é que você vai falar de saúde num local que não propicia à população já um, coisas boas? Então isso é muito ruim, né? A gente fica angustiado, fica triste porque sendo um local que deveria ser o primeiro, deveria ser bem, bem assim, aparência, isso é fundamental pra você ter acesso da população, né? Outro dia que a gente pintou a unidade, né, foi pintada a unidade. Só de ter pintado a população já achou bom, já ficou feliz, satisfeita, né?

R: Uhum.

E1: Então isso traz, a gente cria um vínculo também bom com a população, então é ruim trabalhar assim, dessa forma.

R: Tá. Sobre os materiais permanentes na unidade, você considerou que não, ela não está abastecida adequadamente.

E1: Uhum.

R: E que alguns dos descritos, não estão presentes

E1: Não estão.

R: Por exemplo, o otoscópio, lanterna, material de emergência.

E1: Uhum.

R: Você utiliza de alguma estratégia pra realizar suas tarefas quando necessita de algum desses instrumentos?

E1: Sim. Por exemplo, hoje mesmo o médico já veio atrás de mim, pedindo meu celular, pra poder olhar a garganta de um paciente com a luzinha. É... o otoscópio nosso ele tá usando o próprio dele, né?

R: Uhum.

E1: É... outra coisa, quando a gente não tem, por exemplo, material de emergência/urgência a gente tem que colocar dentro do carro da gente e mandar prum PA assim que às vezes é alguma coisa que dava pra gente resolver aqui. Uma sutura por exemplo, que dá pra ser feita aqui, falta material pra você fazer, a gente já fez muito porque antes tinha, agora não tem. Então você tem que por dentro do carro, a gente pega o carro da gente e leva pra poder fazer. Às vezes a gente pede emprestado com uma outra unidade, né, isso eu já fiz muito também. Então a gente vai usando assim pra poder resolver. Nós tamos mesmo com a autoclave estragada já tem mais ou menos um ano, o que que a gente tá fazendo? Pegando o material nosso, levando pra unidade de saúde, pra outra unidade de saúde esterilizando por nossa conta, porque ninguém vai lá levar pra buscar, não. Às vezes eu pego, levo. Às vezes a serviço, a menina do serviços gerais vai leva e trás, então a gente vai pegando outras formas pra não deixar de trabalhar. Mas é isso, a gente vai conseguindo fazer dessa forma.

R: Tá. E qual é o seu sentimento quando isso acontece?

E1: Ah! Horrível. Péssimo. Hoje mesmo, na hora que a gente chegou aqui de manhã falando comigo que, que ele perdeu os dois celulares dele sem a lanterninha que ele não tinha como olhar a garganta do paciente. Olha só que tristeza. Uma lanterninha, que é coisa básica. Que muitas vezes eu compro do meu bolso, ele compra. Isso dá uma tristeza muito grande, porque a gente vê que é coisa básica, não é coisa cara, é coisa que dá pra resolver. Otoscópio, né? O otoscópio a gente sabe que é um pouco mais caro mas é uma coisa que você vai comprar uma vez que vai durar por muito tempo, então a gente fica triste, fica angustiado porque às vezes chega o paciente você tem que voltar pra casa, né?

R: Uhum.

E1: E a gente tenta de tudo em não voltar, a gente tenta encaminhar pra outra unidade e tudo, mas às vezes acaba que não fica resolutivo. Então você perde um pouco a credibilidade frente a população. A população vai ficando, né, fala assim: Eu vou lá "praquela" unidade sendo que não resolve nada? Então isso vai dando angústia na gente. Né?

R: Tá. Você respondeu que quando falta algum equipamento ou material, você quase sempre utiliza de outros métodos pra realizar essa tarefa.

E1: Åhan...

R: Você pode dar um exemplo dessa situação?

E1: É por exemplo essa luzinha, né?

R: Uhum.

E1: A gente pega o coisa, o celular pra poder fazer. É... quando tem por exemplo, falta às vezes material, equipa, que é... o.. otoscópio, eu peço emprestado em outra unidade, igual a nossa tá, a nossa autoclave tá estragada eu levo o material pra poder consertar, pra poder esterilizar na outra. Outra...

R: E no caso...

E1: Coisa que me ajuda muito é a faculdade, a universidade mesmo agora trouxe um tanto de camisola pra gente, descartável, pra gente fazer preventivo. O SENAC que tem estagiário aqui, eles trazem muito material pra gente, ajuda bastante, então a gente pega essas formas pra poder não deixar o serviço parar.

R: Tá. E se não tiver, mesmo que você não consiga emprestado, o que você faz: Você não faz, você dá um... improvisa? Como é que é?

E1: É, eu improviso dessas formas ou então eu encaminho pra outra unidade, quando não tem jeito mesmo. É igual, por exemplo, fazer uma sutura, não tem jeito eu tenho que encaminhar pro PA, aí não tem como fazer. Quando não tem como fazer mesmo é que a gente encaminha, tá? A gente encaminha ou então a gente... mas voltar pra casa sem solução a gente não deixa, ou a gente pede alguém pra poder olhar pra gente, pede outra unidade ou manda pro PA.

R: Tá. Qual o sentimento que desperta em você quando isso acontece?

E1: Ah de... é... impotência. A gente não tem como fazer nada.

R: Mas quando você consegue?

E1: Quando acontece a gente fica satisfeito, porque pelo menos assim de alguma forma você conseguiu fazer aquilo que num, que num, que é... na prática às vezes não dava porque faltava material mas você conseguia fazer, conseguiu fazer então assim, a gente se sente assim, satisfeito por ter conseguido fazer, mas ao mesmo tempo você fica angustiado e triste por ter que às vezes é, usar de artifícios que não são adequados pra fazer um procedimento que não deveria, mas é tristeza angústia porque você tem que fazer dessa forma, né?

R: Uhum. Entendi. É, o que você faria pra modificar isso? A situação, pra melhorar...

E1: Olha, eu acho que uma das coisas que a gente tem que fazer pra melhorar isso é mostrar à nossa coordenação, a gestão o que que tá acontecendo, né? Eu acho que se a gente faz, muitas vezes eu acho que uma coisa que a gente faz errado é solucionar problema, é... igual isso, eu to mandando material pra esterilizar lá na outra unidade, ah, então tá resolvendo, então pra que que eles vão tentar resolver pra mim? Então isso é errado, eu acho que uma das coisas que a gente tá fazendo errado é isso. Às vezes, se a gente desse um baque, por exemplo, não, não vai fazer curativo mais aqui porque não tem material esterilizado. Às vezes isso poderia fazer com que eles agilizassem mais pro serviço funcionar. Então eu acho que uma das coisas que a gente tem que fazer é não arrumar solução, improviso pra tudo. Porque se a gente não arrumar improviso pra tudo eu acho que lá na frente não vai ter resolução. Acho que eles não vão

resolver, então acho que a gente tem que mostrar o que tá acontecendo, mostrar a realidade pros nossos coordenadores, pros nossos gestores e cobrar solução, né?

R: Uhum.

E1: E também eu acho que a gente tem que fic, ter mais, ser mais real, né? Ser realista, não é tentar tampar o sol com a peneira, não. Porque não adianta. Se não tá acontecendo, se não tá resolvendo, tem que ser colocado isso a pratos limpos pra que as pessoas fiquem por dentro, né? Então às vezes as pessoas chegam aqui pra poder fazer o curativo que não tinha gazinha, eles brigavam com a gente. Então peraí, vamos ver onde que tá o erro, né? Tá errado é daqui? A gente não quer fazer o curativo não é porque não quer não, é porque não tem. Então vamos lá na secretaria, vamos conversar. Então eu acho que uma das soluções é essa. Sabe?

R: Uhum.

E1: Por a par, a população também tem que tá a par do que tá acontecendo, né? Pra eles também tem uma força muito grande, então cobrar. Acho que cobrar mais é importante.

R: Tá. Pensando no seu trabalho na prefeitura, como um todo, na estratégia, no momento que tá acontecendo, na unidade, nessas faltas... Se você pudesse melhorar/mudar alguma coisa, o que seria?

E1: A coordenação. Acho que a gente tem que mudar o planejamento, tem que planejar. Não precisava de mudar, mudar a pessoa, o coordenador não. Não é isso não.

R: Uhum.

E1: Mudar a forma de coordenar, planejar as coisas que poderiam ser mudadas. E outra coisa que eu iria fazer também escutar, escutar quem tá lá na ponta. Porque eu acho que quem tá na ponta tem muita experiência do que tá acontecendo. Então escutar as pessoas que estão na ponta pra planejar o que que tem que melhorar. Se não tiver planejamento nunca vai melhorar. Se faltar uma gazinha é porque não planejou pra aquele período. Se o material tá estragado a quan, de quanto em quanto tempo que vai ter pessoas pra poder consertar, de quanto em quanto tempo que vai ter manutenção, se isso acontecesse certinho, se tivesse um planejamento as coisas não iriam acontecer tão ruim do jeito que tá. Então eu acho que eu iria tentar planejar e tentar melhorar a coordenação. Trazer as equipes junto com a coordenação, não é a coordenação tá lá longe mandando fazer tudo e aqui a equipe só tem que resolver, e mandar produção, mandar, mandar, mandar... Eu acho isso não resolve. Acho que seria isso.

R: Então, a sua forma de melhorar seria o planejamento?

E1: Planejamento e melhorar um pouco mais a coordenação. Coordenar de forma melhor. E outra coisa que eu acho que deveria melhorar também, não faltar profissional de saúde. Não faltar enfermeiro, não faltar médico, não faltar agente de saúde nas áreas, e ter por exemplo, uma pessoa pra ter um rodízio. Faltou, um enfermeiro tá de, de férias, vamos fazer, vamos ter um que vai rodar nas unidades, porque um mês que fica sem um profissional de saúde é muito complicado, vai tudo por água abaixo. Então, por exemplo, se tivesse um enfermeiro pra fazer

um rodízio de que, dos outros que tivessem de férias, um enfermeiro ferista, ele iria, iria rodar nas unidades enquanto o outro estaria de férias, o, o, o, o serviço não iria acabar, não iria parar. Outra coisa também o agente de saúde, o agente de saúde de férias, a gente tem que coordenar a equipe pra que outro atue na área, e o médico, o médico cumprir o tempo dele de ser, de horas, né? E não faltar tantos médicos, porque às vezes uma unidade fica lotada, porque encaminha de outra área porque tá faltando médico. Então eu acho que uma das coisas que precisa melhorar também é a falta do profissional. Nós estamos com a equipe, com um tanto de equipe sem enfermeiro, um tanto de equipe sem médico e isso assim é por um longo período, então acaba que desestrutura a estratégia de saúde da família toda. Um tenta ajudar a outra unidade, acaba que fica super lotada. Então uma das coisas que tá errada também eu acho que é isso.

R: Tem mais alguma coisa que você queira fazer mais alguma observação, falar alguma coisa, um desabafo...

E1: Ah eu acho que os secretários de saúde deveriam tá mais unidos com a atenção básica, eu acho que tem assim, eles tomam decisões, soluções muito sem escutar a atenção básica. Os agentes de saúde têm uma sabedoria muito grande porque eles vivem com a população e muitas vezes o agente de saúde ele é um zero a esquerda que ninguém quer escutar, só querem mandar, mandar, o agente de saúde tem que fazer isso, tem que fazer isso, e escutar? Ninguém escuta o agente, ninguém escuta a equipe. A gente pode perceber que a gente não tem uma reunião com o secretário de saúde, ele não vem nas unidades. Acho que se... é difícil eu sei que o serviço é muito grande mas muitas vezes ele não sabe a realidade que tá acontecendo em cada unidade, ele sabe porque o fulano de tal falou com ele, porque outro falou, então eu acho que é preciso que da secretaria de saúde tá mais unida com as equipes.

R: Mais uma vez, qual que é o sentimento, seu sentimento como profissional, como pessoa quando isso acontece?

E1: A gente fica muito largado, a gente fica assim, tipo assim, é... a gente é muito trefista, tem só que cumprir. Isso dá uma angústia grande, a gente fica frustrado, a gente vê que o nosso serviço não é valorizado, a gente sabe que a gente tá ali mas a qualquer momento você pode... ah se você sair dali não vai fazer falta, tem outro que vai cumprir no seu lugar, nós já escutamos isso numa reunião que a gente teve, a gente teve uma reunião que seria pra mudança dos enfermeiros, aí uma pessoa virou e falou assim: "É, mas você acha que a população vai sentir sua falta? Você acha que você faz falta nessa unidade?" Falou pra um enfermeiro, não falou pra mim, mas falou pro enfermeiro, "você acha que a população vai sentir falta de você?" Tipo assim: quem é você? Que profissional você é? Que valor que você tem perante ao seu serviço, seu profissional? Então assim, a gente fica muito chateado, muito triste, porque a gente sabe que a própria coordenação não valoriza, não valoriza mesmo, nem o serviço, nem o profissional, nem a equipe. Não valoriza, então a gente fica muito triste com isso. Desmotiva e dá angústia demais.

R: Mais alguma coisa que você acha importante?

E1: Não, acho que é isso.

R: Acha que é isso? Então tá, muito obrigada, nossa primeira entrevista. Depois eu vou trazer a transcrição

E1: Tá

R: E você vai poder ter contato com isso, tá bom?

E1: Ta ótimo.

R: Obrigada, Enf.1.

E1: Obrigada você, Roberta.

APÊNDICE E
ENTREVISTA Enf. 2

R: Primeira entrevista ESF 2, primeiro seus dados pessoais. Seu nome completo, por favor.

E2: Enf.2.

R: Sua idade.

E2: Trinta e quatro anos.

R: Seu estado civil.

E2: Casada.

R: Naturalidade.

E2: Diamanti, é... Diamantina.

R: Diamantina?

E2: É... (RISOS)

R: Qual que é a sua formação? Você formou onde, em que ano?

E2: Formei aqui, na antiga... aqui na UFVJM, mas antiga FAFEID, em 2004.

R: Tá. Fora, depois da graduação você tem mais alguma especialização?

E2: Tenho em Saúde Coletiva, é... Gestão da Clínica e Saúde da família.

R: Tá. E quais foram as instituições que você fez?

E2: É... Saúde Coletiva foi aqui pela UFVJ, UFVJM. É... Gestão da Clínica foi, nossa, foi o SESI, SESI? SENAC. E Saúde da Família UFV, UFMG.

R: Tá. O que que é ser enfermeiro pra você? No geral.

E2: Nossa, o que é ser enfermeiro... Então, eu acho que assim... eu acho que o enfermeiro ele é realmente é... a questão da, a enfermagem é a arte do cuidar, eu acho que o enfermeiro tem esse olhar, é esse olhar mais holístico para o paciente, é... a preocupação mesmo com, acho que tá na formação a questão da preocupação com a prevenção, com os cuidados básicos, né? O enfermeiro eu acho que tá na formação dele, é... eu acho que ser enfermeiro é realmente preocupar de uma forma geral com o indivíduo, é ter né, é ter é... é assim um poder, poder de, de, poder de, como eu posso dizer, é... de chefiar, de administrador também. Eu acho que isso tá na formação também do enfermeiro. E a gente precisa, precisa disso. Né? O enfermeiro ele, ele, sempre onde ele está ele é referência da equipe, né? Ele precisa se portar dessa forma. Eu acho que é isso.

R: Tá. Você se vê assim?

E2: Então... eu acho que muitas vezes, sim. Sabe? Eu acho que muitas vezes eu me vejo, sim nessa postura. Não cem por cento, lógico que não. Sei que preciso melhorar muitas vezes a questão da chefia, a questão de coordenação, mas eu me vejo sim nesse papel e gosto disso, sabe? E a questão do olhar do outro, do paciente, do olhar para o outro, é... o cuidado, eu acho que assim, eu me vejo com essa preocupação, é... de sempre você ter uma orientação a dar, né? Não é só, não é só o medicamento que o paciente precisa de uma receita, ele sempre precisa de uma orientação. Você sempre tem uma orientação a dar. então eu acredito que eu me vejo, nessa, nessa, com essa postura.

R: Quer acrescentar mais alguma coisa?

E2: Não.

R: É, você teve empregos anteriores ao atual?

E2: A esse? Tive um. Também em Saúde da Família.

R: Onde?

E2: Em Gouveia.

R: Por quanto tempo?

E2: De 2005 a 2007, dois anos e três a quatro meses mais ou menos.

R: E qual foi o motivo da sua saída?

E2: ãm... o motivo... o motivo foi que eu tinha passado num concurso em outra cidade e e aí eu acabei pedindo demissão. Já tava pra sair também porque eu estava muito insatisfeita também. Mas eu tinha passado em um concurso e aí pedi demissão. Mas aí acabou que eu não assumi também esse outro emprego, mas esse foi o motivo.

R: Tá. E você não assumiu esse outro emprego...

E2: Por quê?

R: Por quê?

E2: Então, esse outro emprego eu não assumi porque eu cheguei lá, ainda não era pra assumir o emprego, fui pra conhecer e tal, cheguei e tinha, a esposa de um médico estava na minha vaga e não era nem concursada. Aí na época, eu era muito inexperiente também, minha, minha mãe não quis que eu entrasse na justiça e tal aí acabou que eu deixei. Aí aguardei, já tinha feito e daí um mês saiu o processo seletivo daqui eu fiz, fiquei aguardando e aí desisti da vaga de lá quando eu fui chamada.

R: Ok. Há quanto tempo você está na estratégia que você trabalha hoje?

E2: Quase sete anos.

R: Como você entrou?

E2: Processo seletivo.

R: Processo seletivo? Quais eram as suas expectativas quando você iniciou o trabalho?

E2: Ah... eram as melhores, né? Inici, tava iniciando uma, uma é... uma equipe, eu iniciei não tinha nem os agentes comunitários, ainda tava em processo de contratação, é... comecei assim, com a... com, realmente com a vontade, com muita vontade de organizar o serviço, de... né de fazer muita coisa. Apesar de ser, eu sabia, as minhas expectativas também eu já imaginava que não seriam, que as dificuldades que eu encontraria não seriam poucas, porque era uma unidade, eu sabia que era uma unidade rural e urbana, com uma área rural muito ex, assim, muito extensa com uma distância entre uma localidade e outra muito, muito grande e eu sabia que eu ia ter muitas dificuldades. E que realmente eu sei que hoje, né, depois de assumir, depois de ter um certo tempo eu vi que realmente era a, a expectativa era, foi justamente essa, né? Da dificuldade que a gente tem, é isso.

R: Tá. Qual é a sua função dentro da estratégia?

E2: De, assistencial, coordenação e administração da equipe.

R: Tá. Qual o seu sentimento em trabalhar na prefeitura?

E2: Riso Então... é muito complicado, eu acho que assim... a gente tem um sentimento assim de desvalorização do profissional, a gente, não só eu como todos os membros se sentem desvalorizado pelo fato de não ter... essa desorganização quanto a material, falta de coisas mínimas, muitas vezes, é... desorganização da rede, da própria rede e assim, a gente frustra muito porque às vezes você quer ver uma, uma resolutividade, você quer ter uma resolutividade e você não consegue, porque não depende só do seu serviço, você precisa de toda uma rede integrada, você não vê isso. Isso quanto ao serviço, né? E, e, a questão também, essa questão da gente de, de, é... essa questão da valorização a gente não sente isso, sabe? A valorização que mais motiva a gente a trabalhar, a continuar, é a própria população, é o resultado que a gente vê diante do paciente, a gente vê com o paciente, com a comunidade, porque em relação à administração, à gestão gente não sente valor algum. Então isso assim, isso realmente é complicado. Se a gente pensa em, se a gente tivesse opção de mudar, sabe? Às vezes uma empresa privada, muitas vezes você consegue, você tem, você tem uma valorização, às vezes se você mostra um trabalho você é valorizado por isso, se você não mostra você não é, mas nem isso a gente tem, entendeu? Então você vê uma desvalorização da questão salarial, descaso mesmo, sabe? É o sentimento que eu tenho.

R: E o sentimento de trabalhar na estratégia? Na sua equipe?

E2: É ótimo. É um sentimento assim, eu tenho, me sinto feliz por trabalhar. Hoje em atuar no campo que eu atuo, sabe? Eu só assim, é lógico que assim, né? Trabalhar com o povo tem dia que você tá no seu, tem dia que você tá arrasada, né? É, a gente sabe que as pessoas às vezes não entendem que às vezes você não consegue resolver um problema não é, não é por sua, não é por incapacidade sua, mas de todo serviço, de todo o sistema, mas assim, é muito satisfatório, sabe? Hoje eu trabalho com uma equipe, né, a gente acabou de perder alguns membros da equipe, mas a gente tinha uma equipe muito bem integrada, eu acho que a gente

só não conseguia fazer um trabalho melhor por problemas que a gente, por problemas mesmo, mesmo em questão de, né, da equipe ser toda dispersa, essa questão de zona rural, mais assim, muita coisa a gente consegue resolver, a gente via realmente resultados por ter uma equipe mais integrada, sabe? A maioria muito comprometida, eu acho que assim, é o que muitas vezes me pesa muito em sair ou ter pedido muitas vezes pra trocar, é a equipe que eu tenho, de trabalhar na equipe que eu trabalho e na comunidade onde eu trabalho. As pessoas onde eu atendo.

R: Tá. Você tá falando que você teve algumas mudanças na equipe agora...

E2: Isso.

R: Né? Algumas pessoas saíram, como foi esse processo? Já foi um processo que já era imaginado ou não?

E2: Então, preciso falar sobre isso?

R: Se você não quiser falar tudo bem...

E2: Então... não imaginado. Era um processo igual agora o médico, o médico da equipe saiu, mas o processo seletivo dele tinha acabado, mas ele tinha feito um processo há quatro anos atrás, então ele não lembrava que ele tinha que fazer um processo seletivo. Ele ficou aguardando abrir um processo seletivo específico para Gruta de Lourdes, era onde ele gostaria de permanecer. E aí, ele foi informado um dia antes que o contrato dele estava vencido, tinha esgotado e não poderia mais ser prorrogado, ele não teve como ser, né, ser, ser recontratado, e teve que ficar aguardando por um mês pra ser, pra abertura de um novo processo seletivo. E aí até essa abertura ele desistiu, arrumou outro emprego e se desligou completamente da prefeitura.

R: Tá. E qual é o seu sentimento em relação a isso?

E2: É, então... é um sentimento que ele também teve, que toda equipe teve, que realmente é a questão do descaso. É lógico que ele precisava de, ele teria que ter lembrado, mas se você tem uma valorização dos profissionais, se você pensa em manter os profissionais que são bons, que dão bons resultados, né? Teria que ter sido avisado previamente que o contrato dele seria, estaria sendo, seria esgotado naquela data, que teria a abertura de outros processos seletivos que ele poderia realizar, né? Então assim, é a gente sente assim, realmente um descaso com o profissional, a falta de valorização do profissional.

R: Sobre a atividade de trabalho do enfermeiro na ESF, você acredita que existe diferença entre o que é o descrito como função e o que é feito pelo enfermeiro?

E2: Uhum. Sim.

R: Você acha que todas as tarefas preconizadas são realizadas?

E2: Não, todas as tarefas não são realizadas porque a gente não dá conta, a gente não consegue, a gente realmente, é... nós temos inúmeras, inúmeras tarefas desde, desde essa

questão de administrar, de administrador e assim, ter que prestar assistência, realizar consultas de enfermagem, né, os atendimentos nos grupos específicos a gente não consegue fazer tudo, né? Então assim, eu acho que o enfermeiro ele exerce função demais, atividade demais, não função. Atividade demais dentro da estratégia, é bom assim essa parte de, né, muitas vezes eu gosto também dessa parte, da parte administrativa da unidade, da parte de coordenação, mas é... na verdade é muita coisa, então a gente não consegue fazer tudo. Você não consegue.

R: E você acha que além daquelas que estão prescritas, algumas não são feitas, mas você acha que são feitas algumas que não estão descritas ali e que vocês realizam do mesmo jeito?

E2: Ah... tem, porque eu acho que assim, a gente igual na questão na, na, na, a gente, a gente faz até a mais, na verdade às vezes quando você não tem, quando você não tem o médico, já aconteceu várias vezes de a gente ter que assumir certas responsabilidades que não é da competência, mas o é... assim, o compromisso com o paciente às vezes você assume certos compromissos, né, então às vezes já aconteceu de medicações que não são prescritas, (nem sei se pode colocar isso) mas é... medicações, sabe assim, orientações às vezes que não estariam a... não estaria, não tanto orientações, mas mais assim, né, no caso do médico mesmo, sabe? Não que eu estaria fazendo a função do médico, mas muitas vezes, como eu fiquei também um certo tempo sem médico até a transição de Estratégia de Agente Comunitário pra ESF, né? Estratégia de Saúde da Família, muitas vezes na zona rural distante você tem que assumir certas responsabilidades com o paciente, porque realmente foge da sua, da sua competência, mas acaba que você tem que fazer.

R: E qual que é o seu sentimento quando acontece uma situação dessa?

E2: É... é de, assim de preocupação, né, porque às vezes pode acontecer algum problema e a gente, eu sei que vou ter que responder por aquilo se caso alguma coisa acontecer e também assim de desorganização de serviço, né, porquê, eu acho que é impossível às vezes, a gente sabe que a gente consegue fazer muitas coisas mas a gente precisa realmente da equipe completa integrada, porque você não consegue, você não consegue fazer tudo sozinha, né, então assim, é um sentimento às vezes de né, é esse sentimento assim que você que você não consegue resolver, é de ver o problema então às vezes quere, assim, e muitas vezes colocar em risco até mesmo, né, a, a, a, né, a profissão mesmo da gente, né?

R: Só pra lembrar, Enf.2, a entrevista ela preserva o anonimato, né? No final, depois que a gente fizer a transcrição você vai ter acesso a todo material.

E2: Ah sim...

R: Ela é recorrente, você pode retirar, você pode explicar, dar nova explicação

E2: Ah tá...

R: se você achar que não ficou bem claro, tá?

E2: Uhum. Certo.

R: Então você pode ficar à vontade, tranquila que você vai ser resguardada. E além disso, nos resultados vai ser mantido também o anonimato de quem participou, tá?

E2: Ah sim.

R: Ao respon, quando você respondeu o questionário na primeira etapa, você identificou que das doze dependências básicas que estavam relacionadas que eram presentes na unidade...

E2: ãn...

R: Sete não se encontravam totalmente adequadas quanto à iluminação, ventilação ou umidade...

E2: Certo, foi só sede, né, que nós fizemos.

R: É. Só da sede. Qual é o seu sentimento em trabalhar em uma unidade com tais condições?

E2:É... assim, o sentimento a gente vê que, a gente sente uma desvalorização dos profissionais que trabalham ali, é, da própria população, que muitas vezes você olha, você olha a unidade, você avalia, né, avaliando a unidade, olhando as condições você muitas vezes você não acredita que você possa, que aquela equipe possa prestar um serviço de qualidade se você chega e vê uma unidade, como o paciente chega e... olha uma unidade, né, em certas condições... então assim, muitas vezes acho que isso, é... né, dá um sentimento, dá um... sei lá de tristeza, sabe, de é... de deixar a gente assim, sabe acho que você poderia às vezes com uma unidade, se você tem uma unidade bem estruturada, bonita, né, é lógico que isso não quer dizer que o serviço vai ser melhor em relação à isso, mas acho que pro paciente isso mostra que, pelo menos da um sentimento de mais segurança, que você tá num lugar que realmente acolhe, mais acolhedor, né, então assim, mas eu não acho que, que pela unidade que a gente tem isso influencia no nosso trabalho, não. Eu acho que assim, muitas vezes dificulta mais o trabalho, né, e olha que a sede é uma das melhores, na zona rural mesmo a situação é ainda mais difícil.

R: Tá. E na zona rural, como você se sente trabalhando

E2: É...

R: em situações...

E2: É... é ainda mais difícil, mais complicado ainda. Ter que trabalhar, é, tentando arrumar um, né, adaptações, né, tentando arrumar um jeitinho aqui, outro ali, sempre tendo que adaptar uma coisa ou outra pra realizar o serviço, então assim, eu acho que dificulta muito o trabalho da gente, né? Se você tem as coisas à mão, mais organizadas, lógico que facilita seu trabalho, né? E pra gente que ainda tem que fazer um deslocamento grande, né? É lógico que você também tem precisa de um certo conforto, né, também isso é importante até pro profissional. pro paciente chega, mas pro profissional que tá ali atendendo também. Um ambiente agradável, tudo isso faz parte também, até mesmo da quali, melhora lógico a qualidade do seu, da sua prestação de serviço, né, o paciente se sente mais, ele se sente mais à

vontade, mais, ele sente também que ele tá sendo valorizado porque ele tá num ambiente, né, mais aconchegante, né. Acho que isso também influencia de certa forma.

R: Sobre os materiais permanentes presentes na unidade, você considerou que a unidade não está abastecida adequadamente e que alguns dos descritos não estão presente, por exemplo, não tem lanterna, o glicosímetro não tem fita...

E2: Agora já tem.

R: Você utiliza de alguma estratégia pra realizar suas tarefas quando necessita de algum desses instrumentos?

E2: Sim. O, a lanterna mesmo eu tenho usado o foco, invés da lanterna, para a avaliação da orofaringe.

R: Tá. E qual que é o seu sentimento quando isso acontece?

E2: Então de... tá dando aquele jeitinho brasileiro, né? Porque você não, às vezes muitas vezes você tá, você não consegue resolver cem por cento. Você não, você tá muitas vezes você tá fingindo que tá resolvendo. Você não tá conseguindo, e é péssimo diante do paciente você fazer uma, você tentar fazer isso. Pra muitos pacientes isso aí é horrível...

R: E você se sente como?

E2: Mal. Me sinto péssima por fazer isso, péssima. Mas tem que fazer.

R: Mas faz?

E2: Faz.

R: Você respondeu que quando existe falta de algum equipamento ou material você quase sempre utiliza de outros métodos pra realizar sua tarefa. Você pode me dar um exemplo dessa situação?

E2: (É o que que eu falo?) Quando falta um material... não lembro mais o que eu falei...

R: É, equipamento ou material.

E2: Ah tá... igual no caso do preventivo, né? Em relação ao preventivo, né, igual a gente tinha falado. Eu tenho unidades da zona rural que eu não tenho maca ginecológica, não deixo de fazer também por conta disso o exame, não. É... eu faço, a gente adapta, né, então sem perneira, né, a gente pega a maca normal, a cabeceira, abaixa a cabeceira e a mulher fica, né, a gente, faço sem, sem a perneira, mas não deixo de, né, ela levam, as pernas é, preciso descrever, não, né? Mas a gente faz, eu faço no caso numa maca normal eu faço o exame ginecológico.

R: E qual que é o sentimento que desperta em você quando isso acontece? Quando você realiza essa tarefa.

E2: Ah... assim, na verdade, quanto a questão do exame preventivo, eu vou te falar a verdade que isso até não me preocupa muito, não. Acho que a minha preocupação sempre foi em realizar o exame que essa adaptação que eu faço em relação a este, a esta atividade, não me preocupo, não. Sabe? Eu só me preocupo se eu vou conseguir realizar da melhor forma, sabe? Certinho, que eu tenha uma boa visão ali do colo, mas eu não, isso realmente não me incomoda, não. Não me incomoda. Também até mesmo pelo fato das mulheres onde eu realizo, elas também não se incomodam com isso, porque pra elas é muito mais difícil vir até a cidade pra realizar o exame, então pra elas a adaptação que a gente for fazer, mas fazendo, seja ela qual for, elas não se importam, então eu acho que também não me importo. Lógico que eu sempre quis, né, a gente já fez solicitações, até a gente tem em quase todas as unidades a gente tem mas onde não tem já foi feito solicitações, onde tem uma que tá estragada também já foi consertada, mas é lógico que a gente gostaria que tivesse o melhor. Mais, eu acho que nesse caso a minha preocupação é pres, é a prestação de serviço ali. Então até que eu não tenho um sentimento, que não tenho assim de, de, não me incomoda, não, entende?

R: Tá. O que você faria pra modificar/melhorar essas situações? Se você tivesse o poder de mudar as coisas.

E2: O que que eu faria?

R: É.

E2: Uai, eu melhoraria a estrutura física desses locais, eu melhoraria, né, a, a, a, a questão da, da, dos equipamentos, dos materiais, eu acho que o que eu faria.

R: Pensando no seu trabalho na prefeitura, na estratégia, se você pudesse mudar/melhorar alguma coisa em tudo, né, na relação com a coordenação, na questão de material, de, tanto de permanente como de consumo, o que você poderia fazer? Como você faria pra mudar, pra modificar isso? Ou você acha que não precisa melhorar nada?

E2: Não, precisa, né? Eu acho que...

R: Se você tivesse o poder de mudar.

E2: Eu acho que primeiramente a questão de... a gente precisaria de ter uma, ter uma coordenação que a gente pudesse sentir mais segurança em discutir as coisas, sem medo, hoje a gente sente muito isso, a questão, a gente teme muito e não fala tudo, né? A gente precisaria de mais apoio, acho que falta isso. É... se eu pudesse melhorar, eu acho que melhoraria nesse sentido, melhoraria também é... acho que necessitaria de uma valorização, uma forma de valorizar mais os profissionais, todos os profissionais da estratégia, então, fala-se tanto da importância da prevenção que a estratégia é a porta de entrada, mas e aí? Alguém preocupa em valorizar esses profissionais que estão ali recebendo essa população, né, é... não só nós, não só nós enfermeiros, mas os agentes que entram nas casas, escutam tudo dos pacientes, é, tão ali, eles que mais, muitas vezes eles escutam até mais que a gente, né, as indignações, as indignações dos pacientes, as revoltas, né e assim, ganham um salário mínimo, né. A gente pensa assim, valorização em vários sentidos, mas também financeiro, né, a gente vê que a

gente tem um salário defasado, to, enfermeiros, médicos e agentes, hoje a gente tem médicos, os médicos ganham, são profissionais que ganham muito bem, mas os demais têm um salário defasado e acho que também a gente tinha que olhar quanto a isso porque se, né, se você quer, acho que se a gente pensa em metas e tal a gente precisa pensar nisso também. É, eu melhoraria a questão de, de, dessa, melhoraria a infraestrutura, a organização de, de materiais pra, né, é... a gente vê hoje muitos problemas quanto a licitações, materiais que faltam por muito tempo, quando chega, daí a pouco tá vencendo, então assim, tem esses problemas, eu acho que precisaria de uma organização maior quanto essas licitações, as solicitações desses materiais, a manutenção de equipamentos que hoje a gente tem pedido muito, que até isso a coordenação agora tem, ta se preocupando também, mas a gente sempre pede isso, então acho que eu melhoraria nesse sentido, sabe?

R: E você já pensou em algum momento como você poderia mudar isso? Se você fosse coordenadora?

E2: Não... RISOS não, nunca pensei como poderia ser feito.

R: E agora? Não te vem alguma coisa na cabeça?

E2: Como mudar isso? Não, não me vem... A gente sabe que precisa mudar, né, mas a maneira, a forma, o caminho a seguir não saberia te falar agora, não.

R: Não?

E2: Não.

R: Enf.2, tem mais alguma coisa que você quer acrescentar sobre o seu sentimento em trabalhar na unidade, alguma coisa que você acha que ficou pra trás e que ache importante falar agora?

E2: Acho que no momento não me vem nada, acho que não.

R: Então muito obrigada, e até o próximo encontro.

APÊNDICE F

CHECK LIST – Estrutura Física e Material

Os corredores devem possuir largura mínima de 120cm.

As portas devem ter largura mínima de 0,80m e altura mínima de 2,10m.

Área Administrativa:

Área mínima de 5,50 m² com dimensão mínima de 2,50m

- Mesa tipo escritório
- Cadeiras
- Quadro de avisos
- Estante ou armário
- Cesto de lixo

Área de Recepção:

Comportar 20 pessoas

- Cadeiras
- Mesa de escritório
- Mesa de impressora
- Mesa de microcomputador
- Arquivos fichário de metal

Sala de Espera:

Comportar 20 pessoas

- Bebedouro
- Suporte para TV e Vídeo
- Televisor
- Longarinas
- Cesto de Lixo

Almoxarifado:

Área mínima de 3m² com dimensão mínima de 1,5m

- Armários
- Estantes
- Mesa
- Cadeiras

Consultórios:

Área mínima de 9m² com dimensão mínima de 2,50m

- Mesa tipo escritório
- Cadeiras
- Cesto de lixo
- Negatoscópio
- Balança antropométricas
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Otoscópio
- Foco de luz
- Armário vitrine
- Balde cilíndrico porta detritos

- Biombo
- Escada de dois degraus
- Mesa auxiliar
- Mesa para exames
- Régua antropométrica
- Glicosímetro

Consultório Ginecológico:

Área mínima de 9m² com dimensão mínima de 2,50m

- Mesa tipo escritório
- Cadeiras
- Cesto de lixo
- Negatoscópio
- Balança antropométrica
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Otoscópio
- Foco de luz
- Armário vitrine
- Balde cilíndrico porta detritos
- Biombo
- Escada de dois degraus
- Mesa auxiliar
- Mesa para exames ginecológicos
- Banqueta giratória ou Mocho
- Instrumental
- Glicosímetro

Consultório Odontológico:

- Cadeira odontológica
- Equipo odontológico com pontas
- Refletor
- Unidade auxiliar
- Compressor com válvula de segurança
- Filtro para o compressor
- Filtro para a cadeira
- Mochos
- Amalgamador
- Fotopolimerizador
- Aparelho de ultra-som com jato de bicarbonato
- Negatoscópio
- Aparelho de RX odontológico (não obrigatório)
- Autoclave (ou uso de equipamento compartilhado pela equipe de saúde da família)
- Câmara escura (caso tenha aparelho de RX)

Copa/Cozinha:

área mínima de 4,50m² com dimensão mínima de 1,50m

- Mesa para refeições
- Cadeiras
- Refrigerador
- Quadro de avisos
- Cesto de lixo
- Microondas

Sala de Curativos/

Procedimentos:

Área mínima de 9m² com dimensão mínima de 2,50m) Luz solar incidente

- Foco de luz
- Balança antropométrica
- Instrumentais cirúrgicos
- Balde cilíndrico porta detritos com pedal
- Escada de dois degraus
- Mesa auxiliar
- Mesa para exames
- Suporte de soro
- Armário vitrine
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Cilindro de oxigênio (preso em suporte)
- Nebulizador (para uso em visita domiciliar ou em caso de dano a central de nebulização)
- Glicosímetro
- Suporte de soro
- Cadeira de rodas

Sala de vacina:**Área mínima de 9m² com dimensão mínima de 2,50m**

- Caixa térmica
- Refrigerador para vacina
- Armário vitrine
- Arquivo de aço com gaveta
- Balde cilíndrico porta detritos com pedal
- Cadeiras
- Mesa de escritório
- Cesto de lixo

Sala de Nebulização:

- Central de nebulização
- Cadeiras
- Armário vitrine
- Mesa tipo escritório
- Cesto de lixo
- Balde cilíndrica porta detritos com pedal

Sala de utilidades:**Área mínima de 4m² com dimensão mínima de 2m**

- Armários de aço
- Estante modulada
- Escada
- Cesto de lixo

Farmácia:

- Armários de aço
- Estante modulada
- Escada
- Cesto de lixo
- Cadeiras
- Mesa de escritório

Sala de Reuniões:

- Mesa de reuniões
- Cadeiras
- Quadro de avisos
- Cesto de lixo

Sala dos ACS:

- Mesa de reuniões
- Cadeiras
- Quadro de avisos
- Cesto de lixo
- Armários

Materiais de consumo

Medicamentos
 Formulário requerimento
 citopatológico
 Formulário requerimento
 mamografia
 Formulário cadastro
 SISPRENATAL
 Formulário
 acompanhamento
 SISPRENATAL
 Cartão da gestante
 Cartilha da gestante
 Fichas de atendimento
 Luva de procedimentos
 Luva estéril
 Máscara
 Gorro
 Lençol de papel
 Gaze
 Soro fisiológico
 Seringa para insulina
 Algodão
 Álcool 70%
 Espéculos ginecológicos
 Saco p/ lixo comum
 Saco p/ lixo contaminado
 Caixa de perfuro cortante
 Cartão de vacina adulto
 Cartão de vacina infantil
 Abaixador de língua
 Agulha 25x7
 Água sanitária
 Sabonete líquido
 Toalha de papel
 Papel higiênico
 Gel para ultrassom
 Atadura
 Esparadrapo
 PVPI tópico
 Ácido acético
 Solução de Schiller
 Fio para sutura
 Anestésico

APÊNDICE G**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e
Mucuri****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA
USUÁRIAS**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: “Contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade para a compreensão da atividade de trabalho do enfermeiro das EACS em Diamantina e a produção de catacrese”, coordenada pela Aluna de Mestrado e contará ainda com a participação da Professora Doutora Agnes Maria Gomes Murta e da Professora Doutora Nadja Maria Gomes Murta. O convite é porque você é usuária da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde de Diamantina – MG e está presente na unidade de saúde para consulta neste dia em que eu, Roberta Porto Silva, também enfermeira farei observação do trabalho de atendimento.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a Unidade de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina – MG.

Os objetivos desta pesquisa são: levantar, analisar e desvelar através da aplicação de questionários, observação e entrevista se os enfermeiros das unidades básicas de saúde do município de Diamantina, especificamente EACS, produzem catacrese durante a realização da sua atividade de trabalho, e, se sim, o por quê, em que circunstância e quais sentidos e significados atribuem a essa produção.

Caso você decidir aceitar o convite a sua participação consiste apenas em permitir minha presença na sala e observe sua consulta/atendimento. Isso se dará da seguinte forma: eu ficarei em um canto da sala, com papel e caneta na mão anotando tudo que a enfermeira faz durante sua consulta. Em momento algum farei qualquer interferência, pois pretendo somente anotar como é feito seu atendimento.

Os riscos relacionados à sua participação são mínimos, pois não farei nenhuma interferência durante sua consulta, mas mesmo assim, você poderá se sentir constrangida com minha presença, mas caso isso ocorra, você poderá solicitar a minha saída imediata da sala de atendimento. Informo ainda que se você não quiser que eu observe o seu atendimento, isso não trará nenhum prejuízo para você em relação à enfermeira da Unidade de Saúde, comigo, com a UFVJM ou com a Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina.

Os benefícios da sua participação são indiretos, pois as informações obtidas através da observação do atendimento contribuirão para conhecer a realidade trabalho dos enfermeiros de EACS e ESF do município de Diamantina.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está previsto nenhum gasto financeiro da parte do participante na pesquisa, mas caso aconteça haverá ressarcimento das despesas pela pesquisadora. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização. Comprometo-me também a respeitar e cumprir todos os cuidados éticos que constam na Resolução 466/12.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Roberta Porto Silva

Endereço Rua Municipal, 207- Vila Operária

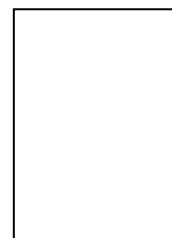
Telefone (38) 8801-2306

Assinatura da Coordenadora _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____



Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000
Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Thais Peixoto Gaiad

Secretaria: Dione Conceição de Paula

Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

APÊNDICE H

OBSERVAÇÕES ESF 1

DATA: 12/02 – Tarde

NÚMERO: 1

PROCEDIMENTO: Preventivo

Presentes no consultório – mesa ginecológica, escada 2 degraus, foco, lençol, lençol de papel, camisola descartável, Kit ginecológico (Espéculo – escovinha – espátula – lâmina), biombo.

Atendimento – Entrevista inicial com preenchimento do formulário (impresso próprio), identificação da lâmina e da caixa. Avaliação das mamas e orientações. Luvas descartáveis. Foco, espéculo, espátula, escovinha, lâmina, fixador. Lixo com saco branco (contaminado).

NÚMERO: 2

PROCEDIMENTO: Preventivo

Presentes no consultório – mesa ginecológica, escada 2 degraus, foco, lençol, lençol de papel, camisola descartável, Kit ginecológico (Espéculo – escovinha – espátula – lâmina), biombo.

Atendimento: Entrevista inicial com preenchimento do formulário (impresso próprio), identificação da lâmina e da caixa. Avaliação das mamas e orientações. Luvas descartáveis. Foco, espéculo, espátula, escovinha, lâmina, fixador. Lixo com saco branco (contaminado). Formulário para solicitação de mamografia (impresso próprio).

DATA: 18/02 – Manhã

NÚMERO: 3

PROCEDIMENTO: Pré-natal

Preenchimento do cartão da gestante. Gestograma. Maca ginecológica, escada 2 degraus. Lençol de papel, gel para ultrassom, detector fetal (mal contato no fio). Estetoscópio e esfigmomanômetro (aferição de PA).

*Não fez medida da altura uterina por não estar com a fita métrica.

NÚMERO: 4

PROCEDIMENTO: Pré-natal

Preenchimento cartão da gestante. Gestograma. Maca ginecológica, escada 2 degraus, lençol de papel. Estetoscópio e esfigmomanômetro (aferição de PA). Gel para ultrassom, detector fetal. Preenchimento da licença maternidade (impresso próprio).

*Não fez medida da altura uterina por não estar com fita métrica.

NÚMERO: 5**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Preenchimento cartão da gestante. Gestograma. Maca ginecológica, escada 2 degraus, lençol de papel. Solicitação de exames da 30ª semana (impresso próprio). Fita métrica (emprestada – medida da altura uterina). Gel para ultrassom, detector fetal.

⇒ PA foi aferida na pré-consulta pelos técnicos em enfermagem.

NÚMERO: 6**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Preenchimento cartão da gestante. Gestograma. Maca ginecológica, escada 2 degraus, lençol de papel. Solicitação de exames da 30ª semana (impresso próprio). Fita métrica (emprestada – medida da altura uterina). Gel para ultrassom, detector fetal.

⇒ PA foi aferida na pré-consulta pelos técnicos em enfermagem.

NÚMERO: 7**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Não preencheu cartão da gestante já que a paciente não estava com o mesmo. Gestograma. Maca ginecológica, escada 2 degraus, lençol de papel. Fita métrica (emprestada – medida da altura uterina). Gel para ultrassom, detector fetal.

⇒ PA foi aferida na pré-consulta pelos técnicos em enfermagem.

NÚMERO: 8**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Gestograma. Preenchimento do cartão da gestante. Cartão de vacina.

APÓS OS ATENDIMENTOS A ENFERMEIRA COMENTOU QUE PODERIA TER USADO PALMOS PARA REALIZAR A MEDIDA DA ALTURA UTERINA NOS DOIS PRIMEIROS ATENDIMENTOS QUANDO NÃO ENCONTROU A FITA MÉTRICA MAS QUE NÃO SE LEMBROU DISSO NO MOMENTO.

DATA: 19/02 – Manhã

NÚMERO: 9**PROCEDIMENTO: Prevenção**

Preenchimento do formulário, maca ginecológica, escadinha 2 degraus, lençol de papel, foco, biombo, camisola descartável, kit ginecológico (Espéculo, Espátula, Escovinha e Lâmina), identificação da lâmina e caixa. Avaliação das mamas, luva descartável. Lixo contaminado. Fixador.

NÚMERO: 10**PROCEDIMENTO: Prevenção**

Preenchimento do formulário, maca ginecológica, escadinha 2 degraus, lençol de papel, foco, biombo, camisola descartável, kit ginecológico (Espéculo, Espátula, Escovinha e Lâmina), identificação da lâmina e caixa. Avaliação das mamas, luva descartável. Lixo contaminado. Fixador.

NÚMERO: 11**PROCEDIMENTO: Prevenção**

Preenchimento do formulário, maca ginecológica, escadinha 2 degraus, lençol de papel, foco, biombo, camisola descartável, kit ginecológico (Espéculo, Espátula, Escovinha e Lâmina), identificação da lâmina e caixa. Avaliação das mamas, luva descartável. Lixo contaminado. Fixador. Encaminhamento para CISAJE (formulário próprio). *Solicitação de exames (para ser pago – folha do SUS acabou).*

NÚMERO: 12**PROCEDIMENTO: Prevenção**

Preenchimento do formulário, maca ginecológica, escadinha 2 degraus, lençol de papel, foco, biombo, camisola descartável, kit ginecológico (Espéculo, Espátula, Escovinha e Lâmina), identificação da lâmina e caixa. Avaliação das mamas, luva descartável. Lixo contaminado. Fixador.

NÚMERO: 13**PROCEDIMENTO: Prevenção**

Preenchimento do formulário, maca ginecológica, escadinha 2 degraus, lençol de papel, foco, biombo, camisola descartável, kit ginecológico (Espéculo, Espátula, Escovinha e Lâmina), identificação da lâmina e caixa. Avaliação das mamas, luva descartável. Lixo contaminado. Fixador. Receituário (formulário próprio). Solicitação de mamografia (formulário próprio).

NÚMERO: 14**PROCEDIMENTO: Prevenção**

Preenchimento do formulário, maca ginecológica, escadinha 2 degraus, lençol de papel, foco, biombo, camisola descartável, kit ginecológico (Espéculo, Espátula, Escovinha e Lâmina), identificação da lâmina e caixa. Avaliação das mamas, luva descartável. Lixo contaminado. Fixador.

DATA: 15/04 – Manhã

OBSERVAÇÃO: 24

PROCEDIMENTO: Pré-natal

Anotação no prontuário e no cartão da gestante. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Maca, escada 2 degraus, fita métrica, gestograma, gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel. Orientações sobre mãe de minas e entrega do calendário.

***Havia necessidade de solicitar exames, mas como não havia folha de pedidos vai pedir para a ACS levar assim que chegasse.**

OBSERVAÇÃO: 25

PROCEDIMENTO: Pré-natal

Anotação no prontuário e no cartão da gestante. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Maca, escada 2 degraus, fita métrica, gestograma, gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel. **Solicitação de exames (folha para ser paga pois a do SUS acabou). Receituário (folha branca carimbada – formulário próprio havia acabado).**

OBSERVAÇÕES ESF 2

DATA: 26/03 – Manhã

*A unidade possui biombo, mas não é utilizado devido ao tamanho da sala.

NÚMERO: 15

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécuro, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo. **Solicitação de exame (para ser pago – folha do SUS acabou).** Encaminhamento CTA (formulário próprio).

NÚMERO: 16

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécuro, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo.

NÚMERO: 17**PROCEDIMENTO: Preventivo**

Preenchimento do formulário próprio, kit ginecológico, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano (utilizada uma vez), lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécuro, vaselina, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo. Solicitação de mamografia (formulário próprio).

NÚMERO: 18**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Preenchimento do prontuário e do cartão da gestante. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Lençol de papel, maca, escada 2 degraus, fita métrica (medida da altura uterina), gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel. Solicitação de exames (formulário próprio). Receita (formulário próprio).

DATA: 26/03 – Tarde

NÚMERO: 19**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Preenchimento do prontuário e do cartão da gestante. Calendário para cálculo da IG. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Lençol de papel, maca, escada 2 degraus, fita métrica (medida da altura uterina), gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel. Solicitação de exames (formulário próprio). Receita (formulário próprio).

NÚMERO: 20**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Preenchimento do prontuário e do cartão da gestante. Calendário para cálculo da IG. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Lençol de papel, maca, escada 2 degraus, fita métrica (medida da altura uterina), gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel. Solicitação de exames (formulário próprio). Receita (formulário próprio).

NÚMERO: 21**PROCEDIMENTO: Pré-natal**

Preenchimento do prontuário e do cartão da gestante. Gestograma. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Lençol de papel, maca, escada 2 degraus, fita métrica (medida da altura uterina), gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel. Solicitação de exames (formulário próprio). Receita (formulário próprio).

DATA: 04/04 – Manhã

Montagem da sala, saco de lixo branco (próprio para lixo contaminado), montagem da maca ginecológica (perneira + lençol de papel descartável)

NÚMERO: 22

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio e prontuário, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécule, gaze, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo. Receituário (formulário próprio). Encaminhamento (formulário próprio).

NÚMERO: 23

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio e prontuário, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécule (molhado com SF 0,9%), gaze, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo. Solicitação de mamografia (formulário próprio).

DATA: 02/07 – Tarde

Preparo da sala – maca, lençol de pano na maca, detector fetal, escadinha 2 degraus

NÚMERO: 26

PROCEDIMENTO: Pré-natal

Preenchimento do prontuário e do cartão da gestante. Calendário para cálculo da IG. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Lençol de papel, maca, escada 2 degraus, fita métrica (medida da altura uterina), gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel.

**A enfermeira comenta que o detector fetal está ruim e que ganharam um portátil mas que a prefeitura não licitou a bateria – a profissional falou que ia comprar mas esqueceu.*

NÚMERO: 27

PROCEDIMENTO: Pré-natal

Entrega da cartilha da gestante. Preenchimento do prontuário e do cartão da gestante. Calendário para cálculo da IG. Estetoscópio e esfigmomanômetro (Aferição de PA). Lençol de papel, maca, escada 2 degraus, fita métrica (medida da altura uterina), gel para ultrassom, detector fetal, toalha de papel. Solicitação de exames (formulário próprio).

*A enfermeira deixa claro que utiliza a linha guia do Estado como protocolo para os atendimentos de pré-natal.

*A enfermeira relata que fez um atendimento na zona rural, onde não há unidade de saúde, foi realizado em uma escola e para a coleta do preventivo utilizou carteiras como maca e que leva um colchonete.

DATA: 09/07 – Manhã

NÚMERO: 28

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio e prontuário, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécuro, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo. Receituário (formulário próprio).

NÚMERO: 29

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio e prontuário, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécuro, lixo com saco branco (contaminado). Receituário (formulário próprio). **Solicitação de exame (Folha de receituário – para ser pago, não tem mais pelo SUS).**

*A enfermeira comenta que o formulário de solicitação de papanicolau mudou e que estão fazendo Xerox dos mesmos, a secretaria fornece o xerox, mas a unidade é que fornece as folhas já que na secretaria não tem, porém, da última vez, na unidade também não tinham folhas e ela levou de casa mesmo. Ela relata que sabe que isso é errado mas que leva para não ficar sem. Dá o exemplo também que o livro de registro também foi comprado por ela pois tem muito tempo que não é fornecido e que vai comprar a bateria para o novo sonar, pois na prefeitura não tem.

NÚMERO: 30

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio e prontuário, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécuro, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco

branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo. Encaminhamento (formulário próprio).

NÚMERO: 31

PROCEDIMENTO: Preventivo

Preenchimento do formulário próprio e prontuário, kit ginecológico. Identificação da caixa e da lâmina, maca ginecológica, escada 2 degraus, camisola de pano, lençol de papel, luva descartável. Avaliação das mamas. Foco, espécule, gaze, espátula, escovinha, lâmina, lixo com saco branco (contaminado), fixador. Anotação no caderno de controle de preventivo. Receita (formulário próprio). *Solicitação de exame (Folha de receituário – para ser pago, o do SUS acabou)*

APÊNDICE I

Pré-indicadores da entrevista de Enf.1

“ser enfermeiro pra mim [...]é **escolha**, né? Eu acho que ser enfermeiro é ter **consciência** que uma das coisas principais é você **cuidar**, né? Cuidar do outro, ter **responsabilidade**”

“Acho que ser enfermeira é uma **profissão muito bacana**, muito boa, **apesar que não está sendo valorizada**.”

“Porque tem outra coisa que tem que **gostar do que faz**, e eu gosto do que eu faço, gosto **mesmo**”

“Apesar que **tem horas que a gente fica meio desanimado, desmotivado mas eu assim, eu fiz por escolha, então eu gosto do que eu faço.**”

“Quando começou **eu achava assim que a gente ia conseguir mudar as coisas**, né? Fazer **uma saúde ideal**, pra que você pudesse trazer... **a gente chega muito empolgado** achando que você vai mudar a qualidade de vida das pessoas, as condições de vida, o acesso, **mas a gente chega muito empolgado, porque lá onde eu trabalhava a gente conseguia fazer muita coisa, muita, muita coisa.**”

“a gente chega muito empolgado **achando que você vai mudar a qualidade de vida das pessoas, as condições de vida, o acesso**, mas a gente chega muito empolgado, porque lá onde eu trabalhava a gente conseguia fazer muita coisa, muita, muita coisa.”

“eu cheguei aqui assim, **muito animada**, muito mesmo. **Expectativa muito boa, com muita animação**, achei assim que por ser uma cidade maior que a gente teria muito **acesso há muitas coisas**, né? Ter **contato com outros colegas de serviço** isso é essencial, porque quando eu trabalhava lá eu ficava muito sozinha, porque era eu sozinha mesmo, então não tinha muito contato. Cheguei aqui com **expectativa de estudar de fazer novos cursos**, então assim, **cheguei com uma expectativa maravilhosa.**”

“Só que a gente perde um pouco assim, **a gente fica meio, meio um pouco desempolgado**, porque **a gente sabe que as coisas não caminham tão quanto deveria**, né? É mais dificuldade pra marcar as consultas, né, **as coisas são muito demoradas pela prefeitura**, às vezes atrapalha um equipamento você fica tempos e tempos tentando consertar aquilo, **as unidades de saúde, elas são casas adaptadas**, então a gente **não tem muita facilidade para fazer grupos**, isso eu não to justificando que eu não faço”

“a gente assim, **não tem umas salas pra poder fazer reunião com os agentes de saúde**, então a gente fica meio assim, **perde um pouco aquela empolgação de antes.**”

“Eu acho também que a **coordenação fica muito distante da gente**, a gente às vezes solicita algumas coisas, as coisas demoram muito, é, pedidos de exames, às vezes você fica, vê que o paciente não resolve aquelas, **coisas complicadas que não resolvem**, então isso **vai desmotivando** a gente. Então **eu perdi um pouco de motivação** depois que eu cheguei, assim, eu fiquei muito tempo muito empolgada, depois você vai ficando um **pouco desiludida pela realidade** que não é a mesma de um município muito pequeno igual eu trabalhava.”

“**É um sentimento assim de angústia**, de querer resolver, querer fazer e a gente não con, não conseguir lá na frente fazer porque tem coisas que barram, não depende só da gente, então é um sentimento de angústia de às vezes **frustração**, que a gente **não consegue resolver o que precisava.**”

“Uma das coisas de função que a gente tem é a **função administrativa**, que é a parte **burocrática**, fechamento de produção, você controlar a equipe, você coordenar a equipe, você **coordenar** o serviço, os equipamentos, os materiais, **tudo depende da gente.**”

“Outra coisa que a gente tem que fazer também é... **avaliar o serviço dos agentes** que é muito pesado, né? Então a gente tem que **avaliar** também o serviço como é que tá sendo feito dos **técnicos** e dos agentes, **ajudar o médico** às vezes em alguma consulta que ele

precisa, né? Os encaminhamentos, [...], então, **tá muito pesado, é muito serviço.**”

“Não, eu acho que **eu não faço tudo**. Uma das coisas que **a gente deixa de fazer muito, que tem que fazer é a promoção em saúde**”

“A gente acaba que **não tem tempo pra fazer a promoção em saúde. A gente atende, atende muito, faz muito encaminhamento, muito pedido de exame**, muito o que a pessoa quer, muito **imediatista**, e acaba que **a promoção, a prevenção ela fica um pouco de lado.**”

“Ai, **a gente fica frustrado**, porque assim, **a gente sabe que estratégia saúde da família ela não é postão de saúde, ela não é pra ficar aqui só na parte curativa...**”

“Você sai vai embora pra casa e fala assim: Poxa eu **to acabada, esgotada, e não fiz o que eu deveria ter feito.**”

“**Angústia!** Porque a gente sabe, que a gente não, uma das coisas **a gente não tem segurança**, porque a gente é processo seletivo simplificado.

Outra que a gente **não tem voz ativa**. As pessoas não, não escutam a gente, entendeu? **A Prefeitura tá longe da gente**, ela tá **distante, ela não trabalha unida** com a gente, ela **não trabalha com a equipe**, ela **não quer saber muito o que ta acontecendo com a gente aqui**, ela quer saber de produção, de que **você tem que dar conta do serviço**, então assim, é angústia. Sabe? **A gente é frustrado por trabalhar nessa prefeitura, infelizmente, sabe?**”

“**Eu gosto do meu serviço, adoro meu serviço**”

“mas a situação [do serviço] **do jeito que tá não tá legal**. Não tá legal mesmo.”

“Porque a **equipe é muito boa**, a gente é **muito unido**, tem problema? Tem como todos, mas a equipe é assim, acontece um problema com um, todos ajudam [...] **a equipe é ótima de trabalhar**, eu gosto a gente **faz um serviço legal**, tenta ajudar um ao outro, então **eu gosto muito de trabalhar aqui**”

“[...] você mostra que é importante você ter um local bom, dentro de casa e tudo, sendo que a **unidade você não tem, você não tem um espaço físico legal**. Então isso traz **angústia** pra gente, às vezes você **quer fazer um grupo maior, você não consegue, né?**”

“**Como é que você vai falar de saúde num local que não propicia à população** já um, coisas boas? Então isso é muito ruim, né? A gente fica **angustiado, fica triste** porque **sendo um local que deveria ser o primeiro, deveria ser bem, bem assim, aparência**, isso é fundamental pra você ter acesso da população, né? [...] **então é ruim trabalhar assim**”

“Por exemplo, hoje mesmo o médico já veio atrás de mim, **pedindo meu celular, pra poder olhar a garganta de um paciente com a luzinha.**”

“**quando a gente não tem, por exemplo, material de emergência/urgência a gente tem que colocar dentro do carro da gente e mandar prum PA assim que às vezes é alguma coisa que dava pra gente resolver aqui**. Uma sutura por exemplo, que dá pra ser feita aqui, falta material pra você fazer, a gente já fez muito porque antes tinha, agora não tem. Então **você tem que por dentro do carro, a gente pega o carro da gente e leva pra poder fazer.**”

“Uma sutura por exemplo, que dá pra ser feita aqui, **falta material** pra você fazer, a gente já fez muito porque **antes tinha, agora não tem**. [...] Às vezes a gente **pede emprestado** com uma outra unidade, né, isso eu já fiz muito também. Então a gente **vai usando assim pra poder resolver.**”

“dá uma **tristeza muito grande**, porque a gente vê que é **coisa básica**, não é coisa cara, é coisa que dá pra resolver.”

“É... quando tem por exemplo, **falta às vezes material**, equipa, que é... o.. otoscópio, **eu peço emprestado em outra unidade**, igual a nossa tá, a nossa autoclave tá estragada eu levo o material pra poder consertar, pra poder esterilizar na outra.”

“É, eu **improviso** dessas formas ou então eu encaminho pra outra unidade, quando não tem jeito mesmo.”

“Quando acontece [improviso] a gente fica satisfeito, porque pelo menos assim de alguma

forma você conseguiu fazer aquilo que num, que num, que é... **na prática às vezes não dava porque faltava material mas você conseguia fazer**, conseguiu fazer então assim, a gente se sente assim, **satisfeito por ter conseguido fazer, mas ao mesmo tempo você fica angustiado e triste por ter que às vezes é, usar de artifícios que não são adequados pra fazer um procedimento que não deveria, mas é tristeza angústia porque você tem que fazer dessa forma, né?**

“Olha, eu acho que uma das coisas que a gente tem que fazer pra melhorar isso é **mostrar à nossa coordenação, a gestão o que que tá acontecendo, né?**”

“Porque se **a gente não arrumar improviso pra tudo eu acho que lá na frente não vai ter resolução**. Acho que eles não vão resolver, então acho que a gente tem que **mostrar o que tá acontecendo, mostrar a realidade** pros nossos **coordenadores**, pros nossos **gestores e cobrar solução, né?**”

“Acho que a gente tem que **mudar o planejamento [da coordenação]**, tem que planejar. Não precisava de mudar, mudar a pessoa, o coordenador não. Não é isso não. **Mudar a forma de coordenar, planejar** as coisas que poderiam ser mudadas. E outra coisa que eu iria fazer também escutar, **escutar quem tá lá na ponta**. Porque eu acho que quem tá na ponta tem muita experiência do que tá acontecendo. Então **escutar as pessoas que estão na ponta pra planejar o que que tem que melhorar**. Se não tiver planejamento nunca vai melhorar. **Se faltar uma gazinha é porque não planejou pra aquele período. Se o material tá estragado a quan, de quanto em quanto tempo que vai ter pessoas pra poder consertar, de quanto em quanto tempo que vai ter manutenção, se isso acontecesse certinho, se tivesse um planejamento as coisas não iriam acontecer tão ruim do jeito que tá**. Então eu acho que **eu iria tentar planejar e tentar melhorar a coordenação**. Trazer as equipes junto com a coordenação, não é a coordenação tá lá longe mandando fazer tudo e aqui a equipe só tem que resolver, e mandar produção, mandar, mandar, mandar... Eu acho isso não resolve. Acho que seria isso.”

“Ah eu acho que **os secretários de saúde deveriam tá mais unidos com a atenção básica**, eu acho que tem assim, eles tomam decisões, soluções muito sem escutar a atenção básica.”

“Ninguém escuta o agente, **ninguém escuta a equipe**.”

“A gente fica muito largado, a gente fica assim, tipo assim, é... **a gente é muito tarefista, tem só que cumprir**. Isso dá uma **angústia** grande, **a gente fica frustrado**, a gente vê que o nosso **serviço não é valorizado**, a gente sabe que a gente tá ali mas a qualquer momento você pode...

ah **se você sair dali não vai fazer falta**, tem outro que vai cumprir no seu lugar, nós já escutamos isso numa reunião que a gente teve, a gente **teve uma reunião que seria pra mudança dos enfermeiros**, aí uma pessoa virou e falou assim: ‘É, mas você acha que a população vai sentir sua falta? Você acha que você faz falta nessa unidade?’ Falou pra um enfermeiro, não falou pra mim, mas falou pro enfermeiro, ‘você acha que a população vai sentir falta de você?’ Tipo assim: quem é você? Que profissional você é? **Que valor que você tem perante ao seu serviço, seu profissional?** Então assim, a gente fica muito chateado, muito triste, porque a gente sabe que a própria **coordenação não valoriza**, não valoriza mesmo, nem o serviço, nem o profissional, nem a equipe. Não valoriza, então a gente fica muito triste com isso. **Desmotiva e dá angústia demais**.”

APÊNDICE J

Pré-indicadores da entrevista de Enf.2

“a enfermagem é a **arte do cuidar**, eu acho que o enfermeiro tem esse olhar, é esse olhar mais holístico para o paciente, é... a preocupação mesmo com, acho que tá na formação a questão da **preocupação com a prevenção**, com os **cuidados básicos**, né? O enfermeiro eu acho que tá na formação dele, é... eu acho que ser enfermeiro é realmente **preocupar de uma forma geral com o indivíduo**, é ter né, é ter é... é assim um poder, poder de, de, poder de, como eu posso dizer, é... **de chefiar, de administrador** também. Eu acho que isso tá na formação também do enfermeiro. E a gente precisa, precisa disso. Né? O enfermeiro ele, ele, sempre onde ele está ele é **referência da equipe**, né? Ele precisa se portar dessa forma. Eu acho que é isso.”

“Eu acho que muitas vezes **eu me vejo, sim nessa postura. Não cem por cento, lógico que não.**”

“comecei assim, com a... com, realmente com a vontade, **com muita vontade de organizar o serviço**, de... né de **fazer muita coisa**. Apesar de ser, eu sabia, as minhas expectativas também eu já **imaginava** que não seriam, que **as dificuldades que eu encontraria não seriam poucas**, porque era uma unidade, **eu sabia que era uma unidade rural e urbana, com uma área rural muito** ex, assim, muito **extensa com uma distância entre uma localidade e outra muito**, muito grande e **eu sabia que eu ia ter muitas dificuldades.**”

(sobre a função na equipe) “De, **assistencial, coordenação e administração** da equipe”

“a gente tem um sentimento assim de **desvalorização do profissional**, a gente, não só eu como todos os membros se sentem desvalorizado”

“desorganização quanto a material, **falta de coisas mínimas**, muitas vezes, é... **desorganização da rede**, da própria rede e assim, a gente **frustra** muito porque às vezes você quer ver uma, uma resolutividade, **você quer ter uma resolutividade e você não consegue**, porque não depende só do seu serviço, **você precisa de toda uma rede integrada, você não vê isso.**”

“Se a gente pensa em, se a gente tivesse **opção de mudar**, sabe? Às vezes uma **empresa privada**, muitas vezes você consegue, você tem, **você tem uma valorização**, às vezes se **você mostra um trabalho você é valorizado por isso**, se você não mostra você não é, mas nem isso a gente tem, entendeu? Então você vê uma **desvalorização da questão salarial**, descaso mesmo, sabe? É o sentimento que eu tenho.”

“É um sentimento assim, eu tenho, **me sinto feliz por trabalhar**. Hoje em atuar no campo que eu atuo, sabe? **Eu só assim, é lógico que assim, né? Trabalhar com o povo tem dia que você tá no céu, tem dia que você tá arrasada, né?**”

“A maioria (da equipe) muito comprometida, eu acho que assim, é o que muitas vezes me **pesa muito em sair ou ter pedido** muitas vezes **pra trocar, é a equipe que eu tenho, de trabalhar na equipe que eu trabalho e na comunidade onde eu trabalho**. As pessoas onde eu atendo.”

“ele [o médico] precisava de, ele teria que ter lembrado, mas se você tem uma valorização dos profissionais, se você pensa em manter os profissionais que são bons, que dão bons resultados, né? Teria que ter sido avisado previamente que o contrato dele seria, estaria sendo, seria esgotado naquela data, que teria a abertura de outros processos seletivos que ele poderia realizar, né? Então assim, é a gente sente assim, realmente um **descaso com o profissional, a falta de valorização do profissional.**”

“Não, **todas as tarefas não são realizadas** porque a gente **não dá conta**, a gente não consegue, a gente realmente, é... nós temos inúmeras, inúmeras tarefas desde, desde

essa questão de administrar, **de administrador e assim, ter que prestar assistência, realizar consultas de enfermagem, né, os atendimentos nos grupos específicos a gente não consegue fazer tudo, né?** Então assim, eu acho que **o enfermeiro ele exerce função demais, atividade demais, não função.**”

“[...] já aconteceu várias vezes de a gente ter que **assumir certas responsabilidades que não é da competência**, mas o é... assim, o compromisso com o paciente às vezes você assume certos compromissos.”

“**preocupação**, né, porque às vezes pode acontecer algum problema e a gente, eu sei que vou ter **que responder por aquilo** se caso alguma coisa acontecer e também assim de **desorganização de serviço**, né, porquê, eu acho que é impossível às vezes,

a gente sabe que a gente consegue fazer muitas coisas mas a gente precisa realmente da equipe completa integrada, porque você não consegue, você não consegue fazer tudo sozinha”

“o sentimento a gente vê que, a gente sente uma **desvalorização dos profissionais que trabalham ali**, é, da própria população, que muitas vezes você olha, você olha a unidade, você avalia, né, **avaliando a unidade**, olhando as condições você muitas vezes você **não acredita** que você possa, **que aquela equipe possa prestar um serviço de qualidade** se você chega e vê uma unidade, como o paciente chega e... olha uma unidade, né, em certas condições...”

“É... é ainda mais difícil, mais complicado ainda. Ter que trabalhar, é, tentando arrumar um, né, **adaptações**, né, **tentando arrumar um jeitinho** aqui, outro ali, sempre tendo que **adaptar uma coisa ou outra** pra realizar o serviço, então assim, eu acho que **difículta muito o trabalho** da gente, né?”

“Um **ambiente agradável**, tudo isso faz parte também, até mesmo da quali, **melhora lógico a qualidade** do seu, **da sua prestação de serviço**, né, **o paciente se sente mais, ele se sente mais à vontade, mais, ele sente também que ele tá sendo valorizado porque ele tá num ambiente, né, mais aconchegante, né.** Acho que isso também **influencia** de certa forma.”

“a lanterna mesmo **eu tenho usado o foco, invés da lanterna**, para a avaliação da orofaringe”

“**Então de... tá dando aquele jeitinho brasileiro, né?** Porque você não, às vezes muitas vezes você tá, você **não consegue resolver cem por cento.** Você não, você tá muitas vezes você **tá fingindo que tá resolvendo.**”

“Me sinto **péssima** por fazer isso, péssima. **Mas tem que fazer.**”

“Ah tá... igual no caso do preventivo, né? Em relação ao preventivo, né, igual a gente tinha falado. Eu tenho unidades da zona rural que eu **não tenho maca ginecológica, não deixo de fazer também por conta disso o exame**, não. É... eu faço, a gente **adapta**, né, **então sem perneira**, né, a gente **pega a maca normal, a cabeceira, abaixa a cabeceira e a mulher fica**, né, a gente, **faço sem, sem a perneira, mas não deixo de**, né, **ela levan, as pernas é, preciso descrever, não, né?** Mas a gente faz, eu faço no caso numa maca normal eu faço o exame ginecológico.”

“quanto a questão do exame preventivo, eu vou te falar a verdade que isso até **não me preocupa muito**, não. Acho que a minha preocupação sempre foi em realizar o exame que **essa adaptação** que eu faço em relação a este, a esta atividade, **não me preocupo**, não. Sabe? Eu só me **preocupo se eu vou conseguir realizar da melhor forma**, sabe? Certinho, que eu tenha uma boa visão ali do colo, mas eu não, isso realmente **não me incomoda**, não.”

“Uai, eu **melhoraria a estrutura física** desses locais, eu melhoraria, né, a, a, a, a questão da, da, dos **equipamentos, dos materiais**, eu acho que o que eu faria.”

“a gente precisaria de ter uma, ter uma **coordenação que a gente pudesse sentir mais**

segurança em discutir as coisas, sem medo, hoje a gente sente muito isso, a questão, a gente teme muito e não fala tudo, né? A gente precisaria de mais apoio, acho que falta isso. É... se eu pudesse melhorar, eu acho que melhoraria nesse sentido, melhoraria também é... acho que necessitaria de uma **valorização**, uma forma de valorizar mais os profissionais, todos os profissionais da estratégia, então, **fala-se tanto da importância da prevenção que a estratégia é a porta de entrada, mas e aí?**

“A gente pensa assim, **valorização em vários sentidos**, mas também **financeiro**, né, a gente vê que **a gente tem um salário defasado**, to, enfermeiros, médicos e agentes, hoje a gente tem médicos, **os médicos ganham, são profissionais que ganham muito bem, mas os demais têm um salário defasado** e acho que também a gente tinha que olhar quanto a isso porque se, né, se você quer, acho que se a gente pensa em metas e tal a gente precisa pensar nisso também.”

“eu melhoraria a questão de, de, dessa, **melhoraria a infraestrutura**, a **organização** de, de **materiais** pra, né, é... a gente vê hoje muitos problemas quanto a licitações, **materiais que faltam por muito tempo**, quando chega, daí a pouco tá vencendo, então assim, tem esses problemas, **eu acho que precisaria de uma organização maior quanto essas licitações, as solicitações desses materiais, a manutenção de equipamentos que hoje a gente tem pedido muito**, que até isso a coordenação agora tem, ta se preocupando também, mas a gente sempre pede isso, então acho que eu melhoraria nesse sentido, sabe?”

APÊNDICE L

Indicadores da entrevista de Enf.1

Pré-indicadores	Indicador
“ser enfermeiro pra mim [...]é escolha , né? Eu acho que ser enfermeiro é ter consciência que uma das coisas principais é você cuidar , né? Cuidar do outro, ter responsabilidade ”	A visão do profissional sobre o que é ser enfermeiro: Profissão muito boa, apesar da desvalorização
“Acho que ser enfermeira é uma profissão muito bacana , muito boa, apesar que não está sendo valorizada .”	
“Porque tem outra coisa que tem que gostar do que faz , e eu gosto do que eu faço, gosto mesmo ”	
“Apesar que tem horas que a gente fica meio desanimado, desmotivado mas eu assim, eu fiz por escolha, então eu gosto do que eu faço .”	

Pré-indicadores	Indicador
“Uma das coisas de função que a gente tem é a função administrativa , que é a parte burocrática , fechamento de produção, você controlar a equipe, você coordenar a equipe, você coordenar o serviço, os equipamentos, os materiais, tudo depende da gente .”	O trabalho do enfermeiro na ESF: Tá muito pesado, é muito serviço
“Outra coisa que a gente tem que fazer também é... avaliar o serviço dos agentes que é muito pesado, né? Então a gente tem que avaliar também o serviço como é que tá sendo feito dos técnicos e dos agentes, ajudar o médico às vezes em alguma consulta que ele precisa, né? Os encaminhamentos, [...], então, tá muito pesado, é muito serviço .”	

Pré-indicadores	Indicador
“Quando começou eu achava assim que a gente ia conseguir mudar as coisas , né? Fazer uma saúde ideal , pra que você pudesse trazer... a gente chega muito empolgado achando que você vai mudar a qualidade de vida das pessoas, as condições de vida, o acesso, mas a gente chega muito empolgado, porque lá onde eu trabalhava a gente conseguia fazer muita coisa, muita, muita coisa.”	Expectativa em relação ao trabalho
“ a gente chega muito empolgado achando que você vai mudar a qualidade de vida das pessoas, as condições de vida, o acesso ”	
“eu cheguei aqui assim, muito animada , muito mesmo. Expectativa muito boa, com muita animação , achei assim que por ser uma cidade maior que a gente teria muito acesso há muitas coisas , né? Ter contato com outros colegas de serviço isso é essencial, porque quando eu trabalhava lá eu ficava muito sozinha, porque era eu sozinha mesmo, então não tinha muito contato. Cheguei aqui com expectativa de estudar de fazer novos cursos , então assim, cheguei com uma expectativa	

maravilhosa.”	
---------------	--

Pré-indicadores	Indicador
“Só que a gente perde um pouco assim, a gente fica meio, meio um pouco desempolgado , porque a gente sabe que as coisas não caminham tão quanto deveria , né? É mais dificuldade pra marcar as consultas, né, as coisas são muito demoradas pela prefeitura , às vezes atrapalha um equipamento você fica tempos e tempos tentando consertar aquilo, as unidades de saúde, elas são casas adaptadas , então a gente não tem muita facilidade para fazer grupos , isso eu não to justificando que eu não faço”	Você não tem um espaço físico legal na UBS
“a gente assim, não tem umas salas pra poder fazer reunião com os agentes de saúde , então a gente fica meio assim, perde um pouco aquela empolgação de antes. ”	
“[...] você mostra que é importante você ter um local bom, dentro de casa e tudo, sendo que a unidade você não tem, você não tem um espaço físico legal . Então isso traz angústia pra gente, às vezes você quer fazer um grupo maior, você não consegue, né? ”	
“Como é que você vai falar de saúde num local que não propicia à população já um, coisas boas ? Então isso é muito ruim, né? A gente fica angustiado , fica triste porque sendo um local que deveria ser o primeiro, deveria ser bem, bem assim, aparência , isso é fundamental pra você ter acesso da população, né? [...]então é ruim trabalhar assim ”	

Pré-indicadores	Indicadores
“ É um sentimento assim de angústia , de querer resolver, querer fazer e a gente não con, não conseguir lá na frente fazer porque tem coisas que barram, não depende só da gente, então é um sentimento de angústia de às vezes frustração , que a gente não consegue resolver o que precisava. ”	“A gente sabe que a estratégia saúde da família ela não é postão de saúde, mas acaba que a promoção, a prevenção fica um pouco de lado”
“Não, eu acho que eu não faço tudo . Uma das coisas que a gente deixa de fazer muito, que tem que fazer é a promoção em saúde ”	
“A gente acaba que não tem tempo pra fazer a promoção em saúde. A gente atende, atende muito, faz muito encaminhamento, muito pedido de exame , muito o que a pessoa quer, muito imediatista , e acaba que a promoção, a prevenção ela fica um pouco de lado. ”	
“Ai, a gente fica frustrado , porque assim, a gente sabe que estratégia saúde da família ela não é postão de saúde, ela não é pra ficar aqui só na parte curativa... ”	
“Você sai vai embora pra casa e fala assim: Poxa eu to acabada, esgotada, e não fiz o que eu deveria ter feito. ”	

Pré-indicadores	Indicador
<p>“Eu acho também que a coordenação fica muito distante da gente, a gente às vezes solicita algumas coisas, as coisas demoram muito, é, pedidos de exames, às vezes você fica, vê que o paciente não resolve aquelas, coisas complicadas que não resolvem, então isso vai desmotivando a gente. Então eu perdi um pouco de motivação depois que eu cheguei, assim, eu fiquei muito tempo muito empolgada, depois você vai ficando um pouco desiludida pela realidade que não é a mesma de um município muito pequeno igual eu trabalhava.”</p> <p>Outra que a gente não tem voz ativa. As pessoas não, não escutam a gente, entendeu? A Prefeitura tá longe da gente, ela tá distante, ela não trabalha unida com a gente, ela não trabalha com a equipe, ela não quer saber muito o que tá acontecendo com a gente aqui, ela quer saber de produção, de que você tem que dar conta do serviço, então assim, é angústia. Sabe? A gente é frustrado por trabalhar nessa prefeitura, infelizmente, sabe?”</p> <p>“Ninguém escuta o agente, ninguém escuta a equipe.”</p> <p>“A gente fica muito largado, a gente fica assim, tipo assim, é... a gente é muito trefista, tem só que cumprir. Isso dá uma angústia grande, a gente fica frustrado, a gente vê que o nosso serviço não é valorizado, a gente sabe que a gente tá ali mas a qualquer momento você pode...”</p>	<p>“A Prefeitura tá longe da gente, ela tá distante”</p>

Pré-indicadores	Indicador
<p>“Angústia! Porque a gente sabe, que a gente não, uma das coisas a gente não tem segurança, porque a gente é processo seletivo simplificado.</p> <p>““Eu gosto do meu serviço, adoro meu serviço mas a situação do jeito que tá não tá legal. Não tá legal mesmo.”</p> <p>ah se você sair dali não vai fazer falta, tem outro que vai cumprir no seu lugar, nós já escutamos isso numa reunião que a gente teve, a gente teve uma reunião que seria pra mudança dos enfermeiros, aí uma pessoa virou e falou assim: ‘É, mas você acha que a população vai sentir sua falta? Você acha que você faz falta nessa unidade?’ Falou pra um enfermeiro, não falou pra mim, mas falou pro enfermeiro, ‘você acha que a população vai sentir falta de você?’ Tipo assim: quem é você? Que profissional você é? Que valor que você tem perante ao seu serviço, seu profissional? Então assim, a gente fica muito chateado, muito triste, porque a gente sabe que a própria coordenação não valoriza, não valoriza mesmo, nem o serviço, nem o profissional, nem a equipe. Não valoriza, então a gente fica muito triste com isso. Desmotiva e dá angústia demais.”</p>	<p>O contrato de trabalho estabelecido não dá segurança</p>

Pré-indicadores	Indicador
<p>“Porque a equipe é muito boa, a gente é muito unido, tem problema? Tem como todos, mas a equipe é assim, acontece um problema com um, todos ajudam [...]a equipe é ótima de trabalhar, eu gosto a gente faz um serviço legal, tenta ajudar um ao outro, então eu gosto muito de trabalhar aqui”</p>	<p>“A equipe da [ESF] é ótima de trabalhar”</p>

Pré-indicadores	Indicador
<p>“Por exemplo, hoje mesmo o médico já veio atrás de mim, pedindo meu celular, pra poder olhar a garganta de um paciente com a luzinha.”</p> <p>“quando a gente não tem, por exemplo, material de emergência/urgência a gente tem que colocar dentro do carro da gente e mandar prum PA assim que às vezes é alguma coisa que dava pra gente resolver aqui. Uma sutura por exemplo, que dá pra ser feita aqui, falta material pra você fazer,a gente já fez muito porque antes tinha, agora não tem. Então você tem que por dentro do carro, a gente pega o carro da gente e leva pra poder fazer.”</p> <p>“Uma sutura por exemplo, que dá pra ser feita aqui, falta material pra você fazer,a gente já fez muito porque antes tinha, agora não tem. [...]Às vezes a gente pede emprestado com uma outra unidade, né, isso eu já fiz muito também. Então a gente vai usando assim pra poder resolver.”</p> <p>“dá uma tristeza muito grande, porque a gente vê que é coisa básica, não é coisa cara, é coisa que dá pra resolver.”</p> <p>“É... quando tem por exemplo, falta às vezes material, equipa, que é... o.. otoscópio, eu peço emprestado em outra unidade, igual a nossa tá, a nossa autoclave tá estragada eu levo o material pra poder consertar, pra poder esterilizar na outra.”</p> <p>“É, eu improviso dessas formas ou então eu encaminho pra outra unidade, quando não tem jeito mesmo.”</p> <p>“Quando acontece [improviso] a gente fica satisfeito, porque pelo menos assim de alguma forma você conseguiu fazer aquilo que num, que num, que é... na prática às vezes não dava porque faltava material, mas você conseguia fazer, conseguiu fazer então assim, a gente se sente assim, satisfeito por ter conseguido fazer, mas ao mesmo tempo você fica angustiado e triste por ter que às vezes é, usar de artifícios que não são adequados pra fazer um procedimento que não deveria, mas é tristeza angústia porque você tem que fazer dessa forma, né?</p>	<p>“Eu improviso”</p>

Pré-indicadores	Indicador
<p>“Olha, eu acho que uma das coisas que a gente tem que fazer pra melhorar isso é mostrar à nossa coordenação, a gestão o que que tá acontecendo, né?”</p>	<p>Estratégias que utilizaria para melhorar a coordenação</p>
<p>“Porque se a gente não arrumar improviso pra tudo eu acho que lá na frente não vai ter resolução. Acho que eles não vão resolver, então acho que a gente tem que mostrar o que tá acontecendo, mostrar a realidade pros nossos coordenadores, pros nossos gestores e cobrar solução, né?”</p>	
<p>“Acho que a gente tem que mudar o planejamento [da coordenação], tem que planejar. Não precisava de mudar, mudar a pessoa, o coordenador não. Não é isso não. Mudar a forma de coordenar, planejar as coisas que poderiam ser mudadas. E outra coisa que eu iria fazer também escutar, escutar quem tá la na ponta. Porque eu acho que quem tá na ponta tem muita experiência do que tá acontecendo. Então escutar as pessoas que estão na ponta pra planejar o que que tem que melhorar. <u>Se não tiver planejamento nunca vai melhorar.</u> Se faltar uma gazinha é porque não planejou pra aquele período. Se o material tá estragado a quan, de quanto em quanto tempo que vai ter pessoas pra poder consertar, de quanto em quanto tempo que vai ter manutenção, se isso acontecesse certinho, se tivesse um planejamento as coisas não iriam acontecer tão ruim do jeito que tá. Então eu acho que eu iria tentar planejar e tentar melhorar a coordenação. Trazer as equipes junto com a coordenação, não é a coordenação tá la longe mandando fazer tudo e aqui a equipe só tem que resolver, e mandar produção, mandar, mandar, mandar... Eu acho isso não resolve. Acho que seria isso.”</p>	
<p>“Ah eu acho que os secretários de saúde deveriam tá mais unidos com a atenção básica, eu acho que tem assim, eles tomam decisões, soluções muito sem escutar a atenção básica.”</p>	

APÊNDICE M

Indicadores da entrevista de Enf.2

Pré-indicadores	Indicador
<p>“a enfermagem é a arte do cuidar, eu acho que o enfermeiro tem esse olhar, é esse olhar mais holístico para o paciente, é... a preocupação mesmo com, acho que tá na formação a questão da preocupação com a prevenção, com os cuidados básicos, né? O enfermeiro eu acho que tá na formação dele, é... eu acho que ser enfermeiro é realmente preocupar de uma forma geral com o indivíduo, é ter né, é ter é... é assim um poder, poder de, de, poder de, como eu posso dizer, é... de chefiar, de administrador também. Eu acho que isso tá na formação também do enfermeiro. E a gente precisa, precisa disso. Né? O enfermeiro ele, ele, sempre onde ele está ele é referência da equipe, né? Ele precisa se portar dessa forma. Eu acho que é isso.”</p> <p>“Eu acho que muitas vezes eu me vejo, sim nessa postura. Não cem por cento, lógico que não.”</p>	<p>O que é ser enfermeiro: entre a arte do cuidar e o poder de administrar</p>

Pré-indicadores	Indicador
<p>“comecei assim, com a... com, realmente com a vontade, com muita vontade de organizar o serviço, de... né de fazer muita coisa. Apesar de ser, eu sabia, as minhas expectativas também eu já imaginava que não seriam, que as dificuldades que eu encontraria não seriam poucas, porque era uma unidade, eu sabia que era uma unidade rural e urbana, com uma área rural muito ex, assim, muito extensa com uma distância entre uma localidade e outra muito, muito grande e eu sabia que eu ia ter muitas dificuldades.”</p>	<p>Expectativa de organizar o serviço mesmo sabendo que as dificuldades não seriam poucas</p>

Pré-indicadores	Indicadores
<p>(sobre a função na equipe) “De, assistencial, coordenação e administração da equipe”</p> <p>“Não, todas as tarefas não são realizadas porque a gente não dá conta, a gente não consegue, a gente realmente, é... nós temos inúmeras, inúmeras tarefas desde, desde essa questão de administrar, de administrador e assim, ter que prestar assistência, realizar consultas de enfermagem, né, os atendimentos nos grupos específicos a gente não consegue fazer tudo, né? Então assim, eu acho que o enfermeiro, ele exerce função demais, atividade demais, não função.”</p> <p>“ [...] já aconteceu várias vezes de a gente ter que assumir certas responsabilidades que não é da competência, mas o é... assim, o compromisso com o paciente às vezes você assume certos compromissos.”</p> <p>“preocupação, né, porque às vezes pode acontecer algum</p>	<p>“O enfermeiro [na ESF] ele exerce função demais”</p>

problema e a gente, eu sei que vou ter que responder por aquilo se caso alguma coisa acontecer e também assim de desorganização de serviço , né, porquê, eu acho que é impossível às vezes, a gente sabe que a gente consegue fazer muitas coisas mas a gente precisa realmente da equipe completa integrada, porque você não consegue, você não consegue fazer tudo sozinha”	
---	--

Pré-indicadores	Indicador
“desorganização quanto a material, falta de coisas mínimas , muitas vezes, é... desorganização da rede , da própria rede e assim, a gente frustra muito porque às vezes você quer ver uma, uma resolutividade, você quer ter uma resolutividade e você não consegue , porque não depende só do seu serviço, você precisa de toda uma rede integrada, você não vê isso.”	As condições materiais geram um sentimento de desvalorização para o profissional
“a gente tem um sentimento assim de desvalorização do profissional , a gente, não só eu como todos os membros se sentem desvalorizado”	
“o sentimento a gente vê que, a gente sente uma desvalorização dos profissionais que trabalham ali , é, da própria população, que muitas vezes você olha, você olha a unidade, você avalia, né, avaliando a unidade , olhando as condições você muitas vezes você não acredita que você possa, que aquela equipe possa prestar um serviço de qualidade se você chega e vê uma unidade, como o paciente chega e... olha uma unidade, né, em certas condições...”	
“Um ambiente agradável , tudo isso faz parte também, até mesmo da quali, melhora lógico a qualidade do seu, da sua prestação de serviço , né, o paciente se sente mais, ele se sente mais à vontade, mais, ele sente também que ele tá sendo valorizado porque ele tá num ambiente, né, mais aconchegante, né . Acho que isso também influencia de certa forma.”	

Pré-indicadores	Indicador
“A maioria (da equipe) muito comprometida, eu acho que assim, é o que muitas vezes me pesa muito em sair ou ter pedido muitas vezes pra trocar, é a equipe que eu tenho, de trabalhar na equipe que eu trabalho e na comunidade onde eu trabalho . As pessoas onde eu atendo.”	A importância da equipe da ESF
“É um sentimento assim, eu tenho, me sinto feliz por trabalhar . Hoje em atuar no campo que eu atuo, sabe? Eu só assim, é lógico que assim, né? Trabalhar com o povo tem dia que você tá no seu, tem dia que você tá arrasada, né?”	
“a gente sabe que a gente consegue fazer muitas coisas mas a gente precisa realmente da equipe completa integrada , porque você não consegue, você não consegue fazer tudo sozinha”	

Pré-indicadores	Indicador
<p>“a lanterna mesmo eu tenho usado o foco, invés da lanterna, para a avaliação da orofaringe”</p> <p>“Então de... tá dando aquele jeitinho brasileiro, né? Porque você não, às vezes muitas vezes você tá, você não consegue resolver cem por cento. Você não, você tá muitas vezes você tá fingindo que tá resolvendo.”</p> <p>“Me sinto péssima por fazer isso, péssima. Mas tem que fazer.”</p> <p>“Ah tá... igual no caso do preventivo, né? Em relação ao preventivo, né, igual a gente tinha falado. Eu tenho unidades da zona rural que eu não tenho maca ginecológica, não deixo de fazer também por conta disso o exame, não. É... eu faço, a gente adapta, né, então sem perneira, né, a gente pega a maca normal, a cabeceira, abaixa a cabeceira e a mulher fica, né, a gente, faço sem, sem a perneira, mas não deixo de, né, ela levan, as pernas é, preciso descrever, não, né? Mas a gente faz, eu faço no caso numa maca normal eu faço o exame ginecológico.”</p> <p>“quanto a questão do exame preventivo, eu vou te falar a verdade que isso até não me preocupa muito, não. Acho que a minha preocupação sempre foi em realizar o exame que essa adaptação que eu faço em relação a este, a esta atividade, não me preocupo, não. Sabe? Eu só me preocupo se eu vou conseguir realizar da melhor forma, sabe? Certinho, que eu tenha uma boa visão ali do colo, mas eu não, isso realmente não me incomoda, não.”</p> <p>“É... é ainda mais difícil, mais complicado ainda. Ter que trabalhar, é, tentando arrumar um, né, adaptações, né, tentando arrumar um jeitinho aqui, outro ali, sempre tendo que adaptar uma coisa ou outra pra realizar o serviço, então assim, eu acho que difículta muito o trabalho da gente, né?”</p>	<p>“Dando aquele jeitinho brasileiro, né?”</p>

Pré-indicadores	Indicador
<p>“a gente precisaria de ter uma, ter uma coordenação que a gente pudesse sentir mais segurança em discutir as coisas, sem medo, hoje a gente sente muito isso, a questão, a gente teme muito e não fala tudo, né? A gente precisaria de mais apoio, acho que falta isso. É... se eu pudesse melhorar, eu acho que melhoraria nesse sentido, melhoraria também é... acho que necessitaria de uma valorização, uma forma de valorizar mais os profissionais, todos os profissionais da estratégia, então, fala-se tanto da importância da prevenção que a estratégia é a porta de entrada, mas e aí?”</p> <p>“ele [o médico] precisava de, ele teria que ter lembrado, mas se você tem uma valorização dos profissionais, se você pensa em manter os profissionais que são bons, que dão bons resultados, né? Teria que ter sido avisado previamente que o contrato dele seria, estaria sendo, seria esgotado naquela data, que teria a</p>	<p>“A gente precisaria ter uma coordenação que a gente pudesse sentir mais segurança em discutir as coisas, sem medo”</p>

abertura de outros processos seletivos que ele poderia realizar, né? Então assim, é a gente sente assim, realmente um **descaso com o profissional, a falta de valorização do profissional.**”

Pré-indicadores	Indicador
<p>“A gente pensa assim, valorização em vários sentidos, mas também financeiro, né, a gente vê que a gente tem um salário defasado, to, enfermeiros, médicos e agentes, hoje a gente tem médicos, os médicos ganham, são profissionais que ganham muito bem, mas os demais têm um salário defasado e acho que também a gente tinha que olhar quanto a isso porque se, né, se você quer, acho que se a gente pensa em metas e tal a gente precisa pensar nisso também.”</p>	<p>Valorização profissional e melhorias das condições de trabalho como necessários</p>
<p>“Se a gente pensa em, se a gente tivesse opção de mudar, sabe? Às vezes uma empresa privada, muitas vezes você consegue, você tem, você tem uma valorização, às vezes se você mostra um trabalho você é valorizado por isso, se você não mostra você não é, mas nem isso a gente tem, entendeu? Então você vê uma desvalorização da questão salarial, descaso mesmo, sabe? É o sentimento que eu tenho.”</p>	
<p>“eu melhoraria a questão de, de, dessa, melhoraria a infraestrutura, a organização de, de materiais pra, né, é... a gente vê hoje muitos problemas quanto a licitações, materiais que faltam por muito tempo, quando chega, daí a pouco tá vencendo, então assim, tem esses problemas, eu acho que precisaria de uma organização maior quanto essas licitações, as solicitações desses materiais, a manutenção de equipamentos que hoje a gente tem pedido muito, que até isso a coordenação agora tem, ta se preocupando também, mas a gente sempre pede isso, então acho que eu melhoraria nesse sentido, sabe?”</p>	